

B 1 KR 1/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 1251/14
Datum
08.12.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 320/16
Datum
13.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 1/17 R
Datum
11.07.2017
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Berechtigte dürfen sich die ihnen fiktiv genehmigten Leistungen in einer Privatklinik zulasten ihrer Krankenkasse selbst verschaffen, wenn sie deren Gewährung später abgelehnt hat.
2. Berechtigte können von ihrer Krankenkasse nicht Erstattung von Kosten selbst beschaffter ärztlicher Leistungen beanspruchen, mit denen sie mangels ordnungsgemäßer Abrechnung nicht belastet sind.

Auf die Revision der Klägerin werden der Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. September 2016 und das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Dezember 2015 abgeändert. Der Bescheid der Beklagten vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2014 wird aufgehoben. Der Rechtsstreit wird hinsichtlich des Anspruchs auf Zahlung von 13 771,44 Euro zuzüglich Zinsen zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen. Im Übrigen wird die Revision zurückgewiesen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Liposuktionen.

2

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Klägerin beantragte befundgestützt die Versorgung mit "medizinisch erforderlichen Liposuktionen" (11.9.2013). Die Beklagte lehnte dies ab: Nach Beurteilung des Sozialmedizinischen Dienstes sei die Leistung nicht notwendig (Bescheid vom 24.10.2013, Widerspruchsbescheid vom 26.3.2014). Die Klägerin hat sich daraufhin die Liposuktionen auf eigene Kosten (15 271,44 Euro) in einer Privatklinik selbst verschafft (stationär vom 15. bis 17., ambulant am 18.12.2014; Einzelrechnungen ärztliche Behandlung 13 421,44 Euro, Pauschale "Allgemeinanästhesie" 1500 Euro, Übernachtungen 350 Euro). Sie ist mit ihrer Klage auf Erstattung dieses Betrags zuzüglich Zinsen ohne Erfolg geblieben (Urteil des SG vom 8.12.2015). Das LSG hat ihre Berufung zurückgewiesen: Die Liposuktion falle nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Qualität und Wirksamkeit dieser neuen Behandlungsmethode seien nicht ausreichend belegt. Ein Anspruch folge auch nicht aus einer fingierten Genehmigung wegen verzögerter Verbescheidung ([§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#)). Die Regelung erfasse nur Leistungen, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der GKV gehörten. Im Übrigen entsprächen die Rechnungen für Anästhesie und Übernachtung nicht der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - (Beschluss vom 13.9.2016).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) und § 1 Abs 2 S 2 Nr 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Die Genehmigungsfiktion trete bereits dann ein, wenn die beantragte Leistung - wie hier - nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liege. Die Rechnungen für Anästhesie und Übernachtung seien nicht zu beanstanden, da die von der Klägerin in Anspruch genommene Privatklinik in ihrer Preisgestaltung - in den Grenzen der [§§ 134, 138 BGB](#) - grundsätzlich frei sei.

4

Die Klägerin beantragt,

den Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. September 2016 und das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Dezember 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2014 zu verurteilen, 15 271,44 Euro zuzüglich Zinsen hierauf in Höhe von 4 vom Hundert seit dem 1. Januar 2015 zu zahlen,

hilfsweise,

den Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. September 2016 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die Revision der Klägerin ist zulässig. Dies gilt auch bezüglich des geltend gemachten Zinsanspruchs. Zwar erstreckt sich die Revisionsbegründung ([§ 164 Abs 2 S 1 SGG](#)) nicht auf den Zinsanspruch (zum Begründungserfordernis für jeden Streitgegenstand: Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 164 RdNr 9d mwN; Hauck in Zeihe/Hauck, SGG, Stand April 2017, § 164 Anm 21a Buchst bb mwN). Das fehlende Vorbringen zur Nebenforderung ist aber unschädlich, weil die mit der Revision auch insoweit angestrebte kassatorische Entscheidung nach der Revisionsbegründung denknötwendig von der Entscheidung über den Hauptanspruch abhängt (stRspr, zB BSG SozR 4-7912 § 96 Nr 1 RdNr 7, auch für BSGE vorgesehen; BSG Urteil vom 23.6.2015 - [B 1 KR 24/14 R](#) - Juris RdNr 7 = USK 2015-25; [BSGE 102, 10](#) = [SozR 4-2500 § 264 Nr 2](#), RdNr 8; Leitherer aaO; Hauck in Zeihe/Hauck, aaO, Anm 27e Buchst bb).

8

Die Revision ist teilweise - hinsichtlich der Anfechtung der Ablehnung der beantragten Leistung - begründet, teilweise - hinsichtlich des Anspruch auf Zahlung von 13 771,44 Euro - im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet ([§ 170 Abs 2 S 1 und S 2 SGG](#)) und im Übrigen - hinsichtlich des Anspruchs auf Zahlung von weiteren 1500 Euro - unbegründet ([§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Die zulässige Klage (dazu 1.) ist überwiegend begründet. Darüber, ob die Klägerin aufgrund fingierter Genehmigung ihres Antrags einen Erstattungsanspruch auf 13 771,44 Euro Kosten der selbst beschafften Liposuktionen oder nur auf 13 741,44 Euro nebst Zinsen hat, kann der erkennende Senat nicht abschließend entscheiden. Es bedarf noch weiterer Feststellungen (dazu 2.). Die spätere Ablehnung der beantragten Leistung verletzt die Klägerin in ihren Rechten (dazu 3.). Im Übrigen ist die Revision zurückzuweisen. Der Klägerin entstanden im Rechtssinne keine Kosten in Höhe von 1500 Euro für Anästhesie (dazu 4.).

9

1. Die von der Klägerin erhobene allgemeine Leistungsklage ist zulässig. Nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) kann die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Hierfür genügt es, dass ein bindender Verwaltungsakt ([§ 77 SGG](#)) vorliegt, der Leistungsträger aber gleichwohl nicht leistet (vgl [BSGE 50, 82, 83](#) = [SozR 1500 § 54 Nr 40 S 22 f](#); s ferner Zeihe in Zeihe/Hauck, SGG, Stand April 2017, § 54 RdNr 43b). Ist die Genehmigung einer beantragten Leistung kraft Fiktion erfolgt, steht dies der Bewilligung der beantragten Leistung durch einen Leistungsbescheid mit der Rechtsfolge gleich, dass das in seinem Gegenstand durch den Antrag bestimmte Verwaltungsverfahren beendet ist und dem Versicherten - wie hier - unmittelbar aus der fingierten Genehmigung ein Anspruch auf Versorgung mit der Leistung zusteht. Beschafft sich der Versicherte während des Verfahrens die Leistung selbst und begehrt Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten, ändert sich die statthafte Klageart nicht.

10

Die allgemeine Leistungsklage tritt nicht hinter die Feststellungsklage zurück ([§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#)). Mit der allgemeinen Leistungsklage kann ein Kläger effektiven Rechtsschutz ([Art 19 Abs 4 S 1 GG](#)) erlangen, wenn sich eine KK - wie hier - weigert, eine durch Verwaltungsakt zuerkannte Leistung zu erbringen. Ihm bleibt nur die Leistungsklage, um einen Vollstreckungstitel zu erhalten ([§ 199 Abs 1 Nr 1 SGG](#)). Eine Vollstreckung aus Verwaltungsakten gegen die öffentliche Hand ist nicht vorgesehen (vgl [BSGE 50, 82, 83](#) = [SozR 1500 § 54 Nr 40 S 23](#); [BSGE 75, 262, 265](#) = [SozR 3-8560 § 26 Nr 2 S 15](#)). Die allgemeine Leistungsklage und nicht eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 4 SGG](#)) ist statthaft. Denn die Klägerin stützt ihr Begehren gerade auf den Eintritt der fingierten Genehmigung ihres Antrags ([§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#)). [§ 86 SGG](#) findet keine Anwendung. Die Beklagte setzte mit dem späteren Erlass der Ablehnungsentscheidung (Bescheid vom 24.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.3.2014) das mit Eintritt der Genehmigungsfiktion beendete, ursprüngliche Verwaltungsverfahren nicht im Rechtssinne fort, sondern eröffnete ein neues eigenständiges Verfahren.

11

Die daneben im Wege der objektiven Klagehäufung ([§ 56 SGG](#)) erhobene isolierte Anfechtungsklage gegen die Ablehnungsentscheidung, mit der die Beklagte eine neue Sachentscheidung traf, ist zulässig (vgl. ähnlich [BSGE 75, 262, 265](#) = [SozR 3-8560 § 26 Nr 2](#) S 15).

12

2. Die Klägerin hat, wenn ihr kein Eigenanteil für drei Tage stationärer Behandlung anzurechnen ist, Anspruch auf Zahlung von 13 771,44 Euro Kosten selbst beschaffter Liposuktionen nebst Zinsen aus [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) (in der seit dem 26.2.2013 geltenden Fassung des Art 2 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG&707; vom 20.2.2013, [BGBl I 277](#)). Die Voraussetzungen dieser Rechtsgrundlage sind in dieser Höhe erfüllt. Der Anwendungsbereich der Regelung ist eröffnet (dazu a). Die von der Klägerin beantragten Liposuktionen gelten als von der Beklagten genehmigt (dazu b). Die Klägerin beschaffte sich daraufhin die erforderliche Leistung selbst. Hierdurch entstanden ihr 13 771,44 Euro Kosten ggf abzüglich eines in der Höhe noch festzustellenden Eigenanteils (dazu c).

13

a) Der zeitliche und sachliche Anwendungsbereich der Regelung des [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) ist eröffnet. Nach dem maßgeblichen intertemporalen Recht (vgl. hierzu zB [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4-2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 13 f mwN) greift die Regelung lediglich für Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen, die Berechtigte ab dem 26.2.2013 stellen (vgl. [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 9). Die Klägerin stellte nach dem 25.2.2013, am 19.11.2013, bei der Beklagten einen Antrag auf Bewilligung künftig zu leistender Liposuktionen.

14

Die Regelung ist auch sachlich anwendbar. Denn die Klägerin verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha), sondern Erstattung für selbstbeschaffte Krankenbehandlung. Die Regelung erfasst ua Ansprüche auf Krankenbehandlung, nicht dagegen Ansprüche gegen KKn, die unmittelbar auf eine Geldleistung oder auf Leistungen zur medizinischen Reha gerichtet sind (vgl. dazu ausführlich [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 11 ff); auf letztere finden die [§§ 14 f SGB IX](#) Anwendung ([§ 13 Abs 3a S 9 SGB V](#)). Die Klägerin begehrt demgegenüber die Gewährung von Kostenerstattung für Krankenbehandlung, die teilweise ambulant und teilweise in Form stationärer Krankenhausbehandlung erfolgte ([§ 27 Abs 1 S 2 Nr 5](#) iVm [§ 39 SGB V](#)).

15

b) Grundvoraussetzung des Erstattungsanspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion ist nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats, dass die beantragte Leistung im Sinne des Gesetzes nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt ([§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#)). Das folgt aus Wortlaut und Binnensystem der Norm, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck (vgl. ausführlich [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 19 f). Gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, erwächst dem Antragsteller hieraus ein Naturalleistungsanspruch als eigenständig durchsetzbarer Anspruch. Der Anspruch ist entsprechend den allgemeinen Grundsätzen auf Freistellung von der Zahlungspflicht gerichtet, wenn die fingierte Genehmigung eine Leistung betrifft, die nicht als Naturalleistung erbracht werden kann (vgl. [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 25; BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) - RdNr 12, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

16

Die von der Klägerin beantragten Liposuktionen galten in diesem Sinne wegen Fristablaufs als genehmigt. Denn die leistungsberechtigte Klägerin (dazu aa) stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag (dazu bb) auf Leistung von Liposuktionen zur Behandlung ihres Lipödems, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (dazu cc). Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs 3a S 1 SGB V](#), ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen (dazu dd).

17

aa) Die Klägerin ist als nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) bei der Beklagten Versicherte leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. "Leistungsberechtigter" ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen ua in der GKV Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen KK (vgl. [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 22).

18

bb) Die Klägerin beantragte hinreichend bestimmt die Gewährung von Liposuktionen zur Behandlung ihres Lipödems. Damit eine Leistung als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. 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 SGB X](#) hinreichend bestimmt ist (vgl. näher [BSGE 121, 40](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 33](#), RdNr 23). Ein Verwaltungsakt ist - zusammengefasst - inhaltlich hinreichend bestimmt ([§ 33 Abs 1 SGB X](#)), wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen und der Verfügungssatz ggf eine geeignete Grundlage für seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der Verfügungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts (stRspr, vgl. zB BSG SozR 4-4200 § 38 Nr 3 RdNr 30; [BSGE 112, 221](#) = [SozR 4-1300 § 45 Nr 12](#), RdNr 26; [BSGE 105, 194](#) = [SozR 4-4200 § 31 Nr 2](#), RdNr 13; BSG SozR 4-4200 § 31 Nr 3 RdNr 16, BSG SozR 4-5910 § 92c Nr 1 RdNr 11; BSG [SozR 3-4100 § 242q Nr 1](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#); BSG SozR 4-3500 § 102 Nr 1 RdNr 11; [BVerwGE 123, 261](#) RdNr 53 = Juris; [BVerwGE 84, 335](#), 338; Engelmann in von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Aufl 2014, § 33 RdNr 4; Mutschler in Kasseler Komm, Stand März 2017, [§ 33 SGB X](#) RdNr 4).

19

Der Verfügungssatz, einen Naturalleistungsanspruch auf eine bestimmte Krankenbehandlung ([§ 27 SGB V](#)) zu gewähren, verschafft dem Adressaten - wie dargelegt - eine Rechtsgrundlage dafür, mittels Leistungsklage einen Vollstreckungstitel auf das Zuerkannte zu erhalten. Die Vollstreckung erfolgt nach den Regelungen über vertretbare Handlungen (vgl. [§ 199 Abs 1 Nr 1](#), [§ 198 Abs 1 SGG](#), [§ 887 ZPO](#)). Es genügt hierfür, dass das Behandlungsziel klar ist. Dass hinsichtlich der Mittel zur Erfüllung der Leistungspflicht verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, beeinträchtigt den Charakter einer Leistung als vertretbare Handlung nicht (vgl. Stöber in Zöller, ZPO, 31. Aufl 2016, [§ 887 ZPO](#) RdNr 2 mwN). Diese allgemeinen Grundsätze gelten ebenso, wenn Patienten zur Konkretisierung der Behandlungsleistung auf die Beratung des behandelnden Arztes angewiesen sind.

20

Der Antrag der Klägerin genügte diesen Anforderungen. Er richtete sich auf die Versorgung mit "medizinisch erforderlichen Liposuktionen" jedenfalls an den Beinen, ohne dies weiter einzuschränken, etwa hinsichtlich der Methode - Einsatz eines Lasers, der Leistungsart stationär oder ambulant oder der Art des ggf behandelnden Krankenhauses. Die Klägerin untermauerte mit den beigegeführten Unterlagen ihr Begehren, ohne es etwa auf dort ua empfohlene zwei stationäre Sitzungen zu beschränken. Die Klägerin war nicht darauf festgelegt, sich nur stationär oder nur ambulant behandeln zu lassen, sondern wollte nach ihrem klaren Antrag das medizinisch Erforderliche. Es bedarf keiner Vertiefung, ob - wofür viel spricht - ein solcher Antrag grundsätzlich auf die Behandlung durch zugelassene Leistungserbringer, jedenfalls nicht durch Privatkliniken gerichtet ist, wenn die begehrte Leistung konkret im Naturalleistungssystem vorgesehen ist. So lag es hinsichtlich der stationären, nicht aber der ambulanten Liposuktionen. Letztere konnte die Beklagte als neue, nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthaltene Behandlungsmethode mangels Empfehlung des GBA und Verankerung im EBM ohnehin nur im Wege der Kostenfreistellung verschaffen (vgl zum Grundsatz BSG Urteil vom 11.7.2017 - [B 1 KR 30/16 R](#) - RdNr 8 mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; Hauck, NZS 2007, 461). Eine solche Beschränkung wirkte jedenfalls nach der Ablehnungsentscheidung der Beklagten nicht mehr (vgl dazu unten II c aa, RdNr 24).

21

cc) Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von fünf Wochen ([§ 13 Abs 3a S 1 Fall 2 SGB V](#)), die aufgrund der Unterrichtung der Klägerin von der MDK-Begutachtung lief ([§ 13 Abs 3a S 2 SGB V](#)), ohne der Klägerin Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Sie teilte ihr keinerlei Gründe mit. Die Frist begann am Donnerstag, dem 12.9.2013 ([§ 26 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 187 Abs 1 BGB](#)). Nach den bindenden Feststellungen des LSG (vgl [§ 163 SGG](#)) ging der Antrag der Klägerin am 11.9.2013 der Beklagten zu. Die Frist endete am Mittwoch, dem 16.10.2013 ([§ 26 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 188 Abs 2 BGB](#)). Die Beklagte entschied erst später über den Antrag der Klägerin (Bescheid vom 24.10.2013, genauer Zugangszeitpunkt nicht festgestellt).

22

dd) Der Antrag betraf eine Leistung, die die Klägerin für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Wie der Senat bereits entschieden hat (vgl [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 25 f mwN), bewirkt die Begrenzung auf "erforderliche Leistungen" nach [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Die Regelung soll es dem Berechtigten einerseits erleichtern, sich die ihm zustehenden Leistungen zeitnah zu beschaffen, ihn andererseits aber nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die Klägerin durfte aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags durch ihre Ärzte Liposuktionen zur Behandlung ihres Lipödems für geeignet und erforderlich halten, ohne Einzelheiten zu den Voraussetzungen ambulanter und stationärer Leistungserbringung wissen zu müssen. Das LSG hat keine Anhaltspunkte hierfür festgestellt. Wie oben dargelegt (vgl oben unter II 2 b bb, RdNr 20) bedarf es keiner Feststellung dazu, dass die Klägerin mit ihrem Antrag auch die Inanspruchnahme einer Privatklinik einbezog und dies von Anfang an für erforderlich halten durfte. Denn eine solche Eingrenzung entfiel später aufgrund der vollständigen Ablehnung einer Leistung durch die Beklagte (vgl unten II 2 c aa, RdNr 24). Es ergeben sich auch sonst keine Anhaltspunkte für einen Rechtsmissbrauch aus den nicht mit Revisionsrügen angegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)).

23

c) Die Klägerin beschaffte sich zulässig in einer Privatklinik die erforderlichen genehmigten Leistungen der stationären und ambulanten Liposuktionen selbst (hierzu aa). Hierfür entstanden ihr 13 771,44 Euro Kosten abzüglich des ggf anzurechnenden Eigenanteils (hierzu bb).

24

aa) Die Klägerin durfte sich die Liposuktionen in einer Privatklinik selbst verschaffen, weil die Beklagte unter Missachtung der fingierten Genehmigung deren Gewährung abgelehnt hatte. Versicherte, denen ihre KK rechtswidrig Leistungen verwehrt, sind nicht prinzipiell auf die Selbstbeschaffung der Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen. Sie müssen sich nur eine der vorenthaltenen Naturalleistung entsprechende Leistung verschaffen, dies aber von vornherein privatärztlich außerhalb des Leistungssystems (vgl [BSGE 111, 289](#) = SozR 4-2500 § 27 Nr 23, RdNr 33 mwN). Legen sie ehrlich und korrekt gegenüber dem ausgewählten Leistungserbringer die Leistungsablehnung offen, muss dieser sich nicht auf eine Leistung zu Lasten der GKV einlassen.

25

Die selbstbeschafften Liposuktionen entsprachen den genehmigten Leistungen und waren legitimer Weise auch noch zum Zeitpunkt der Beschaffung aus Sicht der Klägerin erforderlich. Die fingierte Genehmigung umfasste jedenfalls Liposuktionen an den Beinen zur Behandlung des Lipödems der Klägerin. Dazu gehörte auch die der Klägerin von Prof. Dr. P. empfohlene Laserliposuktion und die Behandlung im Rahmen von drei Eingriffen (zwei stationären in einer Privatklinik und einem ambulanten), die die Klägerin sich selbst beschaffte.

26

Die Klägerin durfte diese genehmigten Leistungen, die sie sich selbst beschaffte, auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung für erforderlich halten. Sie beachtete nämlich Art und Umfang der fingierten Genehmigung und musste bei der Beschaffung nicht annehmen, die fingierte Genehmigung habe sich bereits erledigt, die Leistung sei nicht mehr (subjektiv) erforderlich.

27

Auch eine fingierte Genehmigung - wie jene der Klägerin - bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 30 mwN; [§ 39 Abs 2 SGB X](#); vgl hierzu bei nicht fingierter Genehmigung zB BSG SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 24). Sie schützt hiermit den Adressaten. Es kann aber etwa - für den Versicherten erkennbar - eine "Erledigung auf andere Weise" einer fingierten Genehmigung einer beantragten Krankenbehandlung eintreten, wenn die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher, dem Betroffenen bekannter Einschätzung vollständig geheilt ist: Es verbleibt durch diese Änderung der Sachlage für die getroffene Regelung kein Anwendungsbereich mehr. Sie kann nach ihrem Inhalt und Zweck keine Geltung für den Fall derart veränderter Umstände beanspruchen. Sind Bestand oder Rechtswirkungen einer Genehmigung für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Fortbestand einer bestimmten Situation gebunden, so wird sie gegenstandslos, wenn die betreffende Situation nicht mehr besteht (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 30 mwN). Die spätere Mitteilung der ablehnenden Entscheidung der Beklagten berührte nicht die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion. Die Ablehnung der Leistung regelte weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf (vgl hierzu [§§ 45, 47 SGB X](#)) der fingierten Genehmigung (vgl auch [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 32). Geänderte Umstände, die die Genehmigung durch Eintritt eines erledigenden Ereignisses entfallen lassen könnten, hat weder das LSG festgestellt noch sind sie sonst ersichtlich.

28

bb) Ob der Klägerin dadurch erstattungsfähige Kosten in Höhe von 13 771,44 Euro entstanden, dass sie sich die erforderliche genehmigte Leistung selbst beschaffte, hängt davon ab, ob sie ohne Selbstbeschaffung der Leistung keinen Eigenanteil der Therapiekosten zu tragen gehabt hätte (vgl zum Grundsatz Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, [BT-Drucks 17/11710 S 30](#); ausführlich [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 31). Der eigenständige Anspruch der KKn nach dem SGB V gegen die Versicherten auf Zuzahlungen mindert zwar nicht den gesetzlichen Anspruch auf die Naturalleistung (vgl BSG SozR 4-1300 § 111 Nr 9 RdNr 16), wohl aber den Erstattungsanspruch. Das LSG hat hierzu keine Feststellungen getroffen. Dies wird es nachzuholen haben.

29

Der Klägerin entstanden durch die Selbstbeschaffung Kosten. Die Klägerin schuldete aufgrund des Behandlungsvertrags rechtswirksam Vergütung in Höhe von 13 771,44 Euro, die sie nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG unter Berücksichtigung der Kostenvorschläge und Rechnungen beglich. Sie vereinbarte einen Vertrag entsprechend einem totalen Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag oder einem gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Vertrag (vgl hierzu zB BGH Urteil vom 14.1.2016 - [III ZR 107/15](#) - [NJW 2016, 3027](#) RdNr 23 ff). Prof. Dr. P. schuldete und leistete hiernach die vereinbarte ärztliche Behandlung (Liposuktion), Dr. S. die "Allgemeinanästhesie" und die Privatklinik P. GmbH jedenfalls die Unterbringung und Verpflegung. Die Rechnung über die Behandlung durch Prof. Dr. P. begründete einen rechtswirksamen Vergütungsanspruch. Sie unterfiel dem Anwendungsbereich der GOÄ (§ 1 Abs 1 GOÄ). Die Klägerin hatte nämlich weder einen umfassenden, sog totalen Krankenhausaufnahmevertrag ohne Arztzusatzvertrag mit dem Träger des Krankenhauses geschlossen noch ging es um eine Vereinbarung zwischen Krankenhausträger und Arzt über dessen Zuziehung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen, sondern um der Klägerin geschuldete ärztliche Leistungen (vgl dazu zB [BSGE 111, 289](#) = SozR 4-2500 § 27 Nr 23, RdNr 38 mwN; [BGHZ 183, 143](#)). Die Rechnung begründete die Fälligkeit der Vergütung, weil sie die formellen Voraussetzungen der Regelung des § 12 Abs 2 bis 4 GOÄ erfüllte (vgl [BSGE 117, 10](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 27 mwN; [BGHZ 170, 252, 257](#)).

30

Auch die Rechnung der Privatklinik P. GmbH über die Unterbringung und Verpflegung begründete einen rechtswirksamen Vergütungsanspruch. Da keine "berufliche Leistung der Ärzte" in Rede steht, findet die GOÄ hierauf keine Anwendung (§ 1 Abs 1 GOÄ). Die vereinbarte Vergütung verstieß auch nicht gegen das öffentlich-rechtliche Preisrecht für Krankenhausbehandlungen. Der Anwendungsbereich des KHEntG und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist für nicht nach § 5 Abs 1 Nr 2 KHG geförderte Krankenhäuser - wie hier die Privatklinik P. GmbH - für Abrechnungen gegenüber den Patienten nicht eröffnet (§ 1 Abs 2 S 2 Nr 2 KHEntG; § 20 S 1, § 17 Abs 5 KHG). Sie werden aufgrund einer Konzession nach [§ 30 Abs 1](#) Gewerbeordnung als Privatkrankenanstalt betrieben und sind in ihrer Preisgestaltung - in den Grenzen der [§§ 134, 138 BGB](#) - grundsätzlich frei (vgl [BSGE 111, 289](#) = SozR 4-2500 § 27 Nr 23 RdNr 39 ff; BGH Beschluss vom 21.4.2011 - [III ZR 114/10](#) - RdNr 5, [GesR 2011, 492](#) = [MedR 2011, 801](#); vgl auch [BGHZ 154, 154, 158](#)). Dafür, dass etwas anderes gilt, weil die Voraussetzungen der Regelung des § 17 Abs 1 S 5 KHG (eingefügt durch Art 6 Nr 1a GKV-VStG vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#) mWv 1.1.2012) - räumliche Nähe zu einem Krankenhaus und organisatorische Verbundenheit mit diesem (zum str Anwendungsbereich vgl zB OLG Karlsruhe, Urteil vom 28.3.2017 - [12 U 143/16](#) - Juris, Revision anhängig BGH, Az: IV ZR 123/17) - erfüllt sind, ist weder etwas festgestellt noch vorgetragen noch sonst ersichtlich. Der Pauschalpreis von 350 Euro für die Unterbringung und Verpflegung vom 15. bis 17.12.2014 verstößt nicht gegen ein gesetzliches Verbot oder die guten Sitten; insbesondere besteht kein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung.

31

Der erkennende Senat kann indes nicht entscheiden, ob und ggf in welcher Höhe die Klägerin einen Eigenanteil an der stationären Behandlung zu tragen hatte, der den Erstattungsbetrag mindert. Versicherte, die wie die Klägerin das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach [§ 61 S 2 SGB V](#) ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der

gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach [§ 32 Abs 1 S 2 SGB VI](#) sowie die nach [§ 40 Abs 6 S 1 SGB V](#) geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach S 1 anzurechnen (vgl. [§ 39 Abs 4 SGB V](#) idF durch Art 3 Nr 2 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#), mWv 25.3.2009). Die im Gesetz vorgesehene Zuzahlung zur stationären Krankenhaus- oder Reha-Behandlung ist für jeden angefangenen Behandlungstag, also auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag, zu entrichten (vgl. [BSGE 89, 167](#) = [SozR 3-2500 § 40 Nr 4](#), LS 1). Die Regelung des [§ 62 Abs 1 S 1 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 30 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#), mWv 1.1.2004) begrenzt die Höhe der während jedes Kalenderjahres zu leistenden Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die KK eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Es fehlt an Feststellungen zu den anrechenbaren Tagen im Jahr 2014 erfolgter vollstationärer Behandlung der Klägerin und zu ihrer Belastungsgrenze.

32

d) Der Zinsanspruch auf den Erstattungsbetrag ergibt sich aus [§ 44 Abs 1 SGB I](#). Seine Höhe hängt ua vom Umfang des Erstattungsanspruchs ab.

33

3. Die Ablehnungsentscheidung (Bescheid vom 24.10.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.3.2014) ist rechtswidrig. Sie verletzt die Klägerin in ihrem sich aus der fiktiven Genehmigung ihres Antrags ergebenden Leistungsanspruch (vgl. dazu oben, II 2).

34

4. Der Klägerin entstanden im Rechtssinne keine Kosten in Höhe von 1500 Euro für Anästhesie dadurch, dass sie sich die erforderliche genehmigte Leistung selbst beschaffte. Die Rechnung von Dr. S. begründete keinen rechtswirksamen Vergütungsanspruch. Sie unterfiel entsprechend dem oben (siehe unter II 2) Ausgeführten dem Anwendungsbereich der GOÄ (§ 1 Abs 1 GOÄ). Die Rechnung begründete keine Fälligkeit der Vergütung, weil sie die formellen Voraussetzungen der Regelung des § 12 Abs 2 bis 4 GOÄ nicht erfüllte (vgl. dazu oben II 2 c bb, RdNr 29; und zB [BSGE 117, 10](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 32](#), RdNr 27 mwN; [BGHZ 170, 252](#), 257). Versicherten entstehen dann keine Kosten im Rechtssinne, wenn der behandelnde Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert (vgl. zB BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr 17](#) S 79 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 116b Nr 1](#) RdNr 22; [BSGE 117, 10](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 32](#), RdNr 29; BVerfG [NJW 1992, 737](#); BGH [NJW 2006, 1879](#) ff). Trotzdem - ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage - geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 116b Nr 1](#) RdNr 22; [BSGE 117, 10](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 32](#), RdNr 29; BGH [NJW 2006, 1879](#) ff). Die Rechnung von Dr. S. für "Allgemeinanästhesie" am 15. und 16.12.2014 belief sich pauschal auf insgesamt 1500 Euro, ohne die für die berechnete Leistung relevanten Gebührennummern und den Steigerungssatz zu benennen.

35

5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2018-03-02