

B 1 KR 3/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1.
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 21 KR 13/17
Datum
22.11.2017
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 KR 12/18
Datum
20.02.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 3/20 R
Datum
27.10.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer Genehmigungsfiktion.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 20. Februar 2020 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für Liposuktionsbehandlungen.

2

Die Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse (KK) krankenversichert. Sie beantragte am 14.4.2016 die Versorgung mit einer operativen Entfernung ihres Lipödems und fügte einen Kostenvorschlag der Praxis für Operative Lymphologie C. GmbH (C-GmbH) in Höhe von 13 622,67 Euro für Operationen an "Beinen außen", "Beinen innen" und "Armen" bei. Am 27.4.2016 schloss die Klägerin einen als "Behandlungsvertrag" überschriebenen Vertrag mit der C-GmbH. In diesem verpflichtete sie sich gegenüber der C-GmbH zur eigenen und privaten Zahlung von 13 622,67 Euro entsprechend dem Kostenvorschlag für die drei geplanten Operationen. Zugleich schloss sie mit einem Anästhesiologen einen Vertrag, in dem eine Vergütung pro Operation der Beine von 850 Euro und die Operation der Arme von 650 Euro nach der Gebührenordnung für Ärzte vereinbart wurde.

3

Die Beklagte lehnte die Bewilligung der beantragten Leistung ab, weil die ambulante Entfernung von Lipödem eine neue Behandlungsmethode sei (Bescheid vom 4.7.2016; Widerspruchsbescheid vom 1.2.2017). In der Zeit vom 6.10.2016 bis zum 13.1.2017 ließ die Klägerin die Liposuktionen stationär durchführen (Rechnungen vom 24.10., 2.12.2016 und 16.1.2017) und wendete hierfür 15 969,09 Euro auf. Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 22.11.2017), das LSG die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 20.2.2020). Es hat zur Begründung seiner Entscheidung ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der entstandenen Behandlungskosten aufgrund einer Genehmigungsfiktion ([§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#)), weil sie sich die Leistung mit dem Abschluss des Behandlungsvertrags schon vor Ablauf der Frist von jedenfalls drei Wochen selbst beschafft habe. Auf den Vertragsschluss sei abzustellen, weil die Klägerin mit diesem alle rechtlich maßgeblichen Erklärungen abgegeben und entgegengenommen habe, durch die das schuldrechtliche Austauschverhältnis zwischen ihr und der C-GmbH festgelegt worden sei. Auf das konkrete Datum der Ausführung der Operationen komme es nicht an, weil ihm für die Begründung der Rechtspflichten und der Höhe des entstandenen Aufwands keine maßgebliche Bedeutung mehr zukomme.

4

Mit ihrer Revision macht die Klägerin eine Verletzung von [§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) geltend. Sie habe sich erst beginnend mit dem 6.10.2016 die beantragte Leistung selbst beschafft. Eine Leistungsbeschaffung durch einen Behandlungsvertrag sei nicht erfolgt. Der geschlossene Vertrag enthalte keine gegenseitigen Verpflichtungen, die einer Selbstbeschaffung der Leistung gleichzusetzen wären. Für den Zeitpunkt der Selbstbeschaffung sei daher auf den Beginn der Behandlung in der Klinik und folglich auf die Operationsdaten abzustellen.

5

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 20. Februar 2020 und des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 22. November 2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 4. Juli 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Februar 2017 zu verurteilen, ihr 15 939,00 Euro zu zahlen.

6

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Liposuktionen. Die Voraussetzungen einer Kostenerstattung aufgrund einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs 3a SGB V](#) sind nicht erfüllt (dazu 2.). Die Klägerin kann einen Kostenerstattungsanspruch auch nicht auf andere Anspruchsgrundlagen stützen (dazu 3.).

9

1. Die auf Kostenerstattung gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 4 SGG](#)) zulässig. Soweit die Klage ursprünglich auch als isolierte Leistungsklage bei Genehmigungsfiktion - verstanden als Verwaltungsakt - auszulegen war, geht diese mit Änderung der Rechtsprechung des Senats zur Rechtsnatur einer Genehmigungsfiktion ins Leere (vgl dazu das Senatsurteil vom 26.5.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#) - juris).

10

2. Die Klage ist aber unbegründet. Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Kostenerstattung aufgrund fingierter Genehmigung nach [§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Zwar hat die Beklagte den die beantragte Liposuktion ablehnenden Bescheid nicht innerhalb der durch [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) vorgegebenen Bescheidungsfrist, sondern erst knappe drei Monate später erlassen. Die Klägerin war jedoch infolge der Unterschrift unter einen Behandlungsvertrag und auf einen begleitenden Vertrag über eine Anästhesieleistung bereits am 27.4.2016 auf die von ihr dann auch in Anspruch genommene Behandlung bei der C-GmbH vorfestgelegt. Ein Fall des Systemversagens infolge Zeitablaufs, wie ihn [§ 13 Abs 3a SGB V](#) zur Voraussetzung eines Kostenerstattungsanspruchs macht, liegt deshalb nicht vor.

11

a) Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der maßgeblichen Entscheidungsfristen nach [§ 13 Abs 3a SGB V](#) auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die KK aufgrund einer Genehmigungsfiktion.

12

Nach [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) hat die KK über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die KK Fristen (ua) nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die KK zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

13

[§ 13 Abs 3a SGB V](#) normiert mit diesen Regelungen einen eigenen Fall eines "Systemversagens" (vgl zu dieser terminologischen Einordnung zB Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl 2020, § 13 RdNr 16 ff), in welchem abweichend vom in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltenden Sachleistungsprinzip ([§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung verlangt werden kann (vgl zur Rechtsnatur als reiner Kostenerstattungsanspruch BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#) - juris.). Das Sachleistungsprinzip, an das auch [§ 13 Abs 1 SGB V](#) anknüpft, verlangt, dass KKn medizinische Sach- und Dienstleistungen grundsätzlich als Naturalleistungen zur Verfügung stellen. Der Gesetzgeber hat zunächst nur in § 13 Abs 3 und mit Wirkung vom 26.2.2013 auch in [§ 13 Abs 3a SGB V](#) demgegenüber Fälle definiert, in welchen er dieses System als gescheitert ansieht und sich der Versicherte daher ausnahmsweise Leistungen gegen Kostenerstattung selbst beschaffen kann. Fälle des Systemversagens liegen aber nicht vor, wenn sie für die Selbstbeschaffung des Versicherten gar nicht ursächlich werden.

14

Dies hat der Senat zum Fall des Systemversagens nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) schon entschieden. Die Norm bestimmt: Hat die KK "eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der KK in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war". Voraussetzung der Kostenerstattung ist danach, dass zwischen dem die Haftung der KK begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang besteht (stRspr, vgl BSG vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), RdNr 12; BSG vom 30.6.2009 - [B 1 KR 5/09 R](#) - [SozR 4-2500 § 31 Nr 15](#) RdNr 15 mwN). Daran fehlt es, wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der KK 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 die KK den Antrag ablehnen sollte (vgl zur Vorfestlegung als den Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) ausschließendes Verhalten BSG vom 8.9.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - [juris RdNr 9 f](#); BSG vom 16.12.2008 - [B 1 KR 2/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr 20](#) RdNr 29 mwN).

15

Das mit einer Entscheidung der KK abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt keinen "Formalismus" dar, und zwar weder in dem Sinne, dass es ganz entbehrlich ist (vgl dazu BSG vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), RdNr 12), noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte dennoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der KK geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen. Andererseits will das Gesetz 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 KK. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Mit Hilfe dieser Informationen kann sie zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der GKV gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die KK, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (vgl BSG vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), RdNr 12). Diese Zwecke der Vorbefassung der KK mit dem Leistungsbegehren des Versicherten werden durch dessen Vorfestlegung vereitelt (BSG vom 8.9.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - [juris RdNr 10](#)). Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht dann nicht; der Versicherte bewegt sich außerhalb der von [§ 13 SGB V](#) vorgegebenen Abwicklung von Leistungen.

16

Ein Kostenerstattungsanspruch wird im Falle einer solchen Vorfestlegung auch nicht dadurch "wiedereröffnet", dass die KK die in [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) geregelte Entscheidungsfrist verstreichen lässt. Schon der Wortlaut der Norm spricht für einen Kausalzusammenhang zwischen Fristversäumnis und Kostenerstattung. Wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes erfolgt, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die KK zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). Diese Formulierung spricht - wie die des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) - dafür, dass zwischen dem die Haftung der KK begründenden Umstand (Fristablauf) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen muss. Dafür sprechen ferner die systematische Einordnung des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) als Kostenerstattungsanspruch in das Regelungsregime des [§ 13 SGB V](#) sowie Sinn und Zweck der Regelung. Mit [§ 13 Abs 3a SGB V](#) hat der Gesetzgeber einen zusätzlichen Fall des Systemversagens geschaffen, wenn eine KK unzumutbar lange für eine Entscheidung braucht. Dann erhält der Versicherte auch ohne Entscheidung der KK einen Rechtsstatus sui generis, aufgrund dessen er sich die Leistung selbst beschaffen darf und die dafür aufgewandten Kosten erstattet erhält (vgl dazu BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#)). Die gesetzlich vorgesehene Vorbefassung der KK in Form eines Verwaltungsverfahrens wird dadurch jedoch nicht entbehrlich, vielmehr soll dieses Verfahren über die beantragte Leistung zugunsten des Versicherten beschleunigt werden. Die Vorschrift dient der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen (vgl [BT-Drucks 17/10488 S 32](#)). Die im SGB V geregelten Rechte der Versicherten gegenüber den KKn sollen gestärkt werden, indem Versicherte sich eine Leistung selbst beschaffen können, wenn die KK nicht innerhalb einer bestimmten Frist über den Antrag entscheidet und diese Verzögerung nicht hinreichend begründet ([BT-Drucks 17/11710 S 18](#); inhaltlich gleich auch S 29 f).

17

Das Sachleistungsprinzip ([§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) und der oben genannte Zweck der Vorbefassung der KK würden insgesamt infrage gestellt, räumte man dem Versicherten im Rahmen von [§ 13 Abs 3a SGB V](#) "das Recht" ein, sich schon vor dem Fristablauf auf die Selbstbeschaffung der - als Sachleistung - beantragten Leistung festzulegen.

18

Der Gesetzgeber baut mit [§ 13 Abs 3a SGB V](#) auf das in [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) zum Ausdruck kommende Entscheidungsprärogativ der KK auf. Solange die Frist des [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) noch nicht abgelaufen ist, hat die KK nach wie vor die Pflicht und das Recht, über die begehrte Leistung eine Entscheidung zu treffen. Erst wenn sie davon ungebührlich lange Zeit keinen Gebrauch macht, wandelt sich der Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um, soweit Leistungen dann tatsächlich in Anspruch genommen werden (vgl dazu BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#) - [juris](#)). Erst dann ist ein Fall des Systemversagens entstanden, der darin besteht, dass die KK den Versicherten zu lange im Unklaren gelassen hat. Hat ein Versicherter dagegen schon zuvor eigenmächtig das Sachleistungsprinzip infolge Vorfestlegung "verlassen", ist auch der Anwendungsbereich des in [§ 13 Abs 3a SGB V](#) normierten Systemversagens nicht gegeben. Die Vorabentscheidung des Versicherten, nicht dagegen die verstrichene Frist, ist dann ursächlich für die dem Versicherten entstandenen Kosten. Der Versicherte kehrt nicht - im Sinne einer "überholenden Kausalität" - in das durch [§§ 2, 13 SGB V](#) vorgesehene Leistungssystem zurück.

19

b) Die Versicherte war auf die von ihr selbst beschaffte Liposuktionsleistung und auf den nicht in das GKV-System einbezogenen Leistungserbringer C-GmbH vorfestgelegt. Nach den für den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) und nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG hat die Klägerin am 27.4.2016, und folglich nur 13 Tage nach Eingang ihres Antrags auf Übernahme der Kosten für eine Liposuktion bei der beklagten KK, mit der C-GmbH einen Vertrag über die Durchführung der Liposuktionsbehandlung geschlossen. Nach den Feststellungen des LSG zum Inhalt des Vertrags beauftragte sie hierin die C-GmbH zur Durchführung der abgerechneten Operationen und verpflichtete sich zugleich zur eigenen und privaten Zahlung von 13 622,67 Euro nach erbrachter Leistung. Sie war nach den Feststellungen des LSG im Vertragstext darauf hingewiesen worden, dass weder die GKV noch private Krankenversicherungsträger verpflichtet seien, einen Anteil für den Eingriff oder mehrere Eingriffe zu erstatten, dass sie aber dennoch zur vollständigen Zahlung verpflichtet sei und abschnittsweise die Zahlung in Rechnung gestellt werde. Mit der Unterschrift unter diesen Vertragstext hat die Klägerin - ohne dass es auf die zivilrechtliche Wirksamkeit dieses Vertrags als Behandlungsvertrag im Sinne von [§§ 630a ff BGB](#) ankommt - klar zu erkennen gegeben, dass sie die Behandlung unabhängig von der Entscheidung der KK durchführen wollte. Dass der Vertrag ggf nach [§ 627 BGB](#) außerordentlich kündbar gewesen wäre, spielt insoweit keine Rolle, denn die Klägerin hat nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG den Vertrag nicht gekündigt.

20

Auf die Frage, ob sich die Klägerin schon durch Unterschrift unter den Vertrag die Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) "selbst beschafft" hat, kommt es danach nicht an. Ebenfalls nicht mehr zu entscheiden war, ob der Antrag auf eine - nach den Feststellungen des LSG so formulierte - "ambulante Leistung" geeignet war, eine Genehmigungsfiktion über die dann durchgeführte stationäre Behandlung herbeizuführen (so die rechtliche Würdigung des LSG; vgl dazu auch BSG vom 7.11.2017 - [B 1 KR 7/17 R](#) - juris RdNr 17 ff).

21

3. Ein Anspruch auf Kostenerstattung folgt auch nicht aus einer anderen Rechtsgrundlage.

22

a) Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) (idF durch [Art 5 Nr 7 Buchst b SGB IX](#) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, [BGBl I 1046](#)) sind infolge der Vorfestlegung der Klägerin ebenfalls nicht erfüllt (vgl dazu 2.). Dass sich insoweit nach Abschluss des Behandlungsvertrags bis zur Entscheidung durch die KK etwas geändert habe, ergibt sich anhand des Gesamtzusammenhangs der Feststellungen des LSG nicht. Von einem etwaigen Kündigungsrecht hat die Klägerin - wie schon ausgeführt - nicht Gebrauch gemacht.

23

b) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich schließlich auch nicht nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#), weil die durchgeführte Behandlung nicht unaufschiebbar war (vgl zum Maßstab zB BSG vom 4.4.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) - [BSGE 96, 170](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr 4](#), RdNr 13 mwN; BSG vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), RdNr 23).

24

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2021-02-04