

---

## S 13 KR 488/16

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KR 488/16
Datum	22.05.2018

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 465/18
Datum	29.01.2020

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22.05.2018 geändert und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

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

Die bei der Beklagten versicherte Klägerin beantragte mit Schreiben vom 19. Dezember 2015, bei der Beklagten eingegangen am 29. Dezember 2015, unter Beifügung eines Gutachtens und Kostenvoranschlages des Chirurgen Dr. I, Praxis für Liposuktion-Chirurgie an der Klinik I- vom 1. Dezember 2015 sowie einer Bescheinigung der Psychologin J vom 7. Dezember 2015 die Übernahme der Kosten für Liposuktionen an Ober- und Unterschenkeln sowie an den Oberarmen. Sie bat um "Kostenübernahme der medizinisch notwendigen Liposuction".

Nach Einholen eines Gutachtens nach Aktenlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 2. Februar 2016 lehnte die Beklagte mit

---

Bescheid vom 17. Februar 2016 den Antrag der KlÄgerin ab. Hiergegen legte die KlÄgerin am 11. MÄrz 2016 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 1. Juni 2016 als unbegrÄndet zurÄckwies.

Mit der am 6. April 2016 erhobenen Klage hat die KlÄgerin ihren KostenÄbernahmeantrag weiterverfolgt. Sie hat vorgetragen, ihr Antrag gelte nach [Ä§ 13 Abs. 3a](#) FÄnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als genehmigt. Die Beklagte habe nicht innerhalb der vorgesehenen FÄnfwochenfrist, die am 2. Februar 2016 abgelaufen sei, entschieden. AuÖerdem habe die Beklagte ihr weder mitgeteilt, dass der MDK eingeschaltet worden sei, noch sonst GrÄnde, aus denen sich die Entscheidung verzÄgtere. Die Beklagte sei mit materiell-rechtlichen Einwendungen prÄkludiert. Die Fiktionswirkung beschrÄnke sich âentgegen der Ansicht der Beklagten â nicht auf Leistungen, die bereits Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen seien, oder auf zugelassene Leistungserbringer.

Nachdem sie die Liposuktionen am 25. April 2016, 15. Juni 2016 und 10. August 2016 in der Klinik I hat durchfÄhren lassen, hat sie die Honorarvereinbarung, die Rechnungen und Zahlungsbelege vorgelegt, auf die wegen der Einzelheiten Bezug genommen wird.

Sie hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 17. Februar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die fÄr die DurchfÄhrung der Liposuktionen an den Ober- und Unterschenkeln sowie Oberarmen am 25. April, 15. Juni und 10. August 2016 in der Klinik I entstandenen Kosten in HÄhe von 14.985,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Ansicht vertreten, die Genehmigungsfiktion des [Ä§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sei auf SachleistungsansprÄche und durch das QualitÄts- und Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt. FÄr "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" wie die der Liposuktion gelte die Genehmigungsfiktion daher nicht. Sachverhalte, in denen der Versicherte â wie hier â aus dem KostenÄbernahmeantrag erkennen kÄnne, dass eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestehe, fielen nicht unter die Fiktion. Im Äbrigen sei die KlÄgerin mangels einer den Vorgaben der GebÄhrenordnung fÄr Ärzte (GOÄ) entsprechenden Rechnung keinen HonoraransprÄchen ausgesetzt.

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte durch Urteil ohne mÄndliche Verhandlung vom 22. Mai 2018 antragsgemÄß verurteilt. Zur BegrÄndung hat es ausgefÄhrt, der KlÄgerin stehe gegen die Beklagte ein Anspruch auf Zahlung von 14.985,00 EUR als Kostenerstattung fÄr die selbstbeschafften Liposuktionen aus

---

[Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zu. Die von der KlÃ¤gerin beantragte Leistung gelte wegen Fristablaufs als genehmigt.

Aufgrund der fachÃ¤rztlichen BefÃ¼rwortung ihres Antrages habe die KlÃ¤gerin Liposuktionen zur Behandlung ihres LipÃ¶dems fÃ¼r geeignet und erforderlich halten dÃ¼rfen. Durch die Selbstbeschaffung seien ihr Kosten in HÃ¶he von 14.985,00 EUR entstanden, die sie beglichen habe. Die diesbezüglichen Rechnungen begründeten auch einen rechtswirksamen VergÃ¼tungsanspruch Dr. I. Sie unterfiel dem Anwendungsbereich der GOÃ¶. Diesbezügliche Ziffern seien im Kostenvoranschlag im Einzelnen aufgefÃ¼hrt und auch in der Honorarvereinbarung benannt.

Gegen das am 18. Juni 2018 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 9. Juli 2018, zu deren BegrÃ¼ndung sie ausfÃ¼hrt, [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sei nicht anwendbar, denn die KlÃ¤gerin habe von Anfang an die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Behandlung in einer Privatpraxis beantragt, indem sie ausdrÃ¼cklich die KostenÃ¼bernahme gemÃ¤Ã¶ beigem. fachÃ¤rztlichen Gutachten der Klinik Dr. I mit KostenvoranschlÃ¤gen beantragt habe. AusfÃ¼hrliche Rechnungen mit einer Auflistung der GOÃ¶-Ziffern fehlten. Die Rechnungslegung durch Dr. I entspreche auch in keiner Weise der Konzeption der GOÃ¶. Der Arzt dÃ¼rfe eine Ziffer fÃ¼r eine Leistung (ggf. pro KÃ¶rperteil) in Ansatz bringen. Dr. I habe aber im Kostenvoranschlag die GebÃ¼hrenziffer 491 der GOÃ¶ je 18 mal und die GebÃ¼hrenziffer 2454 je 25 mal aufgelistet. Zur Bemessung eines erhÃ¶hten Aufwands habe allenfalls ein abweichender Steigerungsfaktor gewÃ¤hlt werden dÃ¼rfen. Die Nachbetreuung habe bei Ã¤rztlicher Aufsicht ebenfalls nach GOÃ¶ abgerechnet werden mÃ¼ssen. Die Pauschale kÃ¶nne keine wirksame zivilrechtliche Zahlungsverpflichtung begrÃ¼nden. Die von Dr. I verlangte Vorkasse verstoÃ¶e ebenfalls gegen Â§ 12 GOÃ¶. Die KlÃ¤gerin sei daher keinem fÃ¶lligen Zahlungsanspruch ausgesetzt, so dass ihr auch kein Anspruch auf Kostenerstattung zustehe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22.05.2018 abzuÃ¤ndern und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckweisen.

Sie hÃ¤lt das erstinstanzliche Urteil fÃ¼r zutreffend. Es kÃ¶nne dahingestellt bleiben, ob sie ihren Antrag auf zugelassene Leistungserbringer habe beschrÃ¤nken mÃ¼ssen, damit er Gegenstand einer Genehmigungsfiktion sein kÃ¶nne. Dass sie bei Antragstellung die Inanspruchnahme einer privatÃ¤rztlichen Behandlung verfolgt habe, sei angesichts der vollstÃ¤ndigen Ablehnung der Beklagten unerheblich. Sie sei auch nicht darÃ¼ber aufgeklÃ¤rt worden, dass bereits die Auswahl des Leistungserbringers fehlerhaft sein kÃ¶nne. HÃ¤tte die Beklagte sie auf einen anderen Leistungserbringer verwiesen, wÃ¤re sie damit einverstanden

---

gewesen. Ihr sei es in erster Linie auf die Operation selbst angekommen. Sie können sich nicht daran erinnern, ob ihr bei Antragstellung bewusst gewesen sei, dass Dr. I kein zugelassener Leistungserbringer sei. Nach Ablehnung der Leistung sei sie nicht auf die Selbstbeschaffung bei einem zugelassenen Leistungserbringer beschränkt gewesen. Sie sei auch einem rechtswirksamen Vergütungsanspruch von Dr. I ausgesetzt gewesen. Es können ihr nicht abverlangt werden, die angesetzten Gebührensatznummern auf ihre Richtigkeit hin bzw. auf eventuelle Verstöße gegen die GOÄ zu prüfen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere gemäß [Â§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Das Urteil des SG ist abzuändern. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die selbst beschafften Liposuktionen. Der Bescheid der Beklagten vom 17. Februar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Juni 2016 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch sowohl nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) als auch nach [Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Denn der Klägerin sind keine erstattungsfähigen Kosten entstanden.

Die Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und [Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind. Geht es um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist. (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 [B 1 KR 1/17 R](#) -; BSG, Urteil vom 23.07.1998 [B 1 KR 3/97 R](#) -).

Die Rechnung von Dr. I begründete keinen rechtswirksamen Vergütungsanspruch. Sie unterfiel dem Anwendungsbereich der GOÄ ([Â§ 1 Abs. 1 GOÄ](#)), erfüllt jedoch die für einen förmlichen Vergütungsanspruch erforderlichen formellen Voraussetzungen insbesondere der Regelung des [Â§ 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ](#) nicht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 [B 1 KR 33/17 R](#) -). Gebührennummern, Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung (einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer) sowie der jeweilige Betrag und der Steigerungssatz sind in den Rechnungen nicht angegeben. Ausgewiesen ist lediglich ein in allen Fällen gleicher Gesamtbetrag, das Leistungsdatum und die "Menge der Absaugung". Es ist keine Bezugnahme auf die Kostenvoranschläge enthalten. Die Angaben aus den Kostenvoranschlägen können den Mangel auch deshalb nicht heilen, weil der abgerechnete Betrag wenn auch geringfügig von den Kostenvoranschlägen abweicht und nicht ersichtlich ist, ob die in den

---

Kostenvoranschlägen ausgewiesenen Leistungen den Rechnungen zugrunde liegen.

Eine fällige Forderung ergibt sich auch nicht aus den Behandlungsverträgen. Dort sind zwar die GOÄ-Ziffern, der Faktor und die Leistungsbeschreibung sowie der Gesamtbetrag angegeben. Wie sich letzterer zusammensetzt, insbesondere ob Ziffern mehrfach angesetzt wurden, lässt sich allein aus diesen Angaben aber nicht ermitteln. Den Anforderungen von § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ genügen die Angaben im Behandlungsvertrag nicht.

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass sich aus einem Vergleich der Kostenvoranschläge und Rechnungen für die drei bei der Klägerin durchgeführten Operationen und dem den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung in anonymisierter Form ausgehändigten Kostenvoranschlag der Klinik I aus dem Verfahren L 11 KR 340/18 ergibt, dass hier entgegen des durch die Kostenvoranschläge erweckten Anscheins jeweils das gleiche Pauschalhonorar für die Liposuktion abgerechnet wurde.

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. z.B. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – [B 1 KR 1/17 R](#) –; Urteil vom 02. September 2014 – [B 1 KR 11/13 R](#) –; BGH, Urteil vom 23. März 2006 – [III ZR 223/05](#) –). 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, Urteil vom 11. Juli 2017 – [B 1 KR 1/17 R](#) – m.w.N.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 09.06.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024