
Datum: 12.07.2017
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KR 28/16
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2017:0712.L11KR28.16.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 27 KR 371/15
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2015 abgeändert und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Die Klägerin begehrt ambulante Liposuktionen der Arme und Beine in einer Privatpraxis als Sachleistung. 2

Die an einem Lipödem leidende Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Im November 2014 ließ sie von Dr. L, L, eine Liposuktion durchführen. Diesbezüglich wandte sie sich nie an die Beklagte. Die Kosten trug sie selbst. Im Dezember 2014 beantragte sie bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine ambulante Liposuktion der unteren und oberen Extremitäten in drei Eingriffen unter Vorlage eines (undatierten) Antragsschreibens der Praxis für Plastische und Ästhetische Chirurgie L Aesthetics, L, sowie eines an Dr. L gerichteten Arztbriefs des Phlebologen/Lymphologen Dr. M, M, vom 18.11.2014; die Klägerin behauptet, sie habe diesen Antrag am 23.12.2014 bei der Geschäftsstelle der Beklagten in M abgegeben. Nach einem Vermerk der Beklagten ist der Antrag am 29.12.2014 im Fachgebiet "allgemeine Leistungen" eingegangen. Am 02.02.2015 machte die Klägerin geltend, die begehrte Behandlung gelte als genehmigt, nachdem die Beklagte nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Drei-Wochen-Frist entschieden habe. 3

Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 05.02.2015 ab. Bei der begehrten Therapie handele es sich um eine neue Behandlungsmethode, die mangels Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werde dürfe. Nichts anderes folge aus dem von der Klägerin geltend gemachten Fristablauf. Dieser führe nicht dazu, dass die beantragte Leistung als genehmigt gelte. Der Fristablauf führe allenfalls zu einem Kostenerstattungsanspruch nach Selbstbeschaffung; dieser Anspruch sei zudem auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen beschränkt. Hierzu zähle die Liposuktion nicht. Außerdem handele es sich bei der Praxis L um eine reine Privatpraxis ohne Vertragsarztzulassung. Ein Anspruch auf eine Leistung bei einem Nichtvertragsbehandler scheide aus, da es genug zugelassene Einrichtungen gebe, die die Behandlung anbieten könnten.

4

Mit ihrem Widerspruch vom 11.02.2015 machte die Klägerin erneut geltend, die beantragte Leistung gelte wegen Ablaufs der Drei-Wochen-Frist als genehmigt.

5

Die Beklagte nahm diesen Widerspruch zum Anlass, eine sozialmedizinische Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Dieser führte unter dem 09.03.2015 aus, dass die in der Regel ambulant durchzuführende Therapie mangels Empfehlung des GBA nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden dürfe. Als Therapie der Wahl gelte die komplexe Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Kompressionstherapie, ggf. apparative Lymphdrainage). Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23.04.2015 zurück. Ein Anspruch auf eine Behandlung bestehe nur bei Vertragsärzten, nicht bei der Privatpraxis L. Zudem werde die sog. "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode" Liposuktion derzeit vom GBA überprüft (Beschluss vom 22.05.2014), so dass sie (noch) nicht zum Leistungskatalog der GKV gehöre. Eine Übernahme der Kosten könne auch nicht nach § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erfolgen. Der hiernach vorgesehene Erstattungsanspruch für selbstbeschaffte Leistungen setze voraus, dass es sich um dem Grunde nach übernahmefähige Leistungen der GKV handele. Diese Leistungen müssten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es müsse sich um einen Leistungserbringer handeln, mit dem die Krankenkassen Verträge abgeschlossen hätten.

6

Mit ihrer am 04.05.2015 erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt. Ihr Antrag gelte nach § 13 Abs. 3a SGB V als genehmigt. Die Rechtsfolge sei eingetreten, nachdem die Beklagte erst am 05.02.2015 über den Antrag vom 23.12.2014 entschieden habe und zuvor eine Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V nicht gemacht worden sei. Mit Eintritt der Genehmigungsfiktion bestehe ein Anspruch auf Sachleistung. Bei Patienten, welche die Behandlungskosten vorfinanzierten, wandle sich der Sachleistungsanspruch in einen Erstattungsanspruch, bei allen anderen eben nicht. Das heiße aber nicht, dass letztere den Sachleistungsanspruch verlören. Andernfalls käme der Regelung in § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, wonach die Leistung nach Fristablauf als genehmigt gelte, keine eigenständige Bedeutung zu. Ferner würden mittellose Versicherte bei einer Beschränkung auf die Erstattung von der Genehmigungsfiktion ausgeschlossen. Schließlich umfasse der Sachleistungsanspruch nach Genehmigungsfiktion auch neue und unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

7

Die Klägerin hat beantragt,

8

den Bescheid der Beklagten vom 05.02.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.04.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie antragsgemäß mit einer Liposuktion der oberen und unteren Extremitäten zu versorgen.

9

Die Beklagte hat beantragt,	10
die Klage abzuweisen.	11
Zur Begründung hat sie auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid und das MDK-Gutachten verwiesen. Auch die von der Klägerin geltend gemachte Genehmigungsfiktion erweitere nicht den Leistungsrahmen der GKV. Es müsse sich um einen zugelassenen Leistungserbringer handeln. Rechtsfolge der Genehmigungsfiktion sei nur ein Kostenerstattungsanspruch nach Selbstbeschaffung, nicht aber der hier von der Klägerin geltend gemachte Sachleistungsanspruch.	12
Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Beklagte mit Urteil vom 03.12.2015 unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, die Kosten für eine ambulante Liposuktion in drei Sitzungen der oberen und unteren Extremitäten zu übernehmen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Sachleistungsanspruch folge aus § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V. Die Beklagte habe die Entscheidungsfrist aus § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht eingehalten und auch nicht im Sinne von Satz 5 der Vorschrift rechtzeitig schriftlich und unter Darlegung der Gründe mitgeteilt, dass sie die Drei-Wochen-Frist nicht einhalten könne. Der fingierte Sachleistungsanspruch bestehe unabhängig davon, ob die Behandlung den sonstigen Voraussetzungen des SGB V, hier insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V und dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt aus § 135 SGB V, genüge.	13
Gegen das ihr am 14.12.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 12.01.2016 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, unnötige und unwirtschaftliche Leistungen könnten auch im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht durch die Krankenkasse übernommen werden. Voraussetzung für einen Anspruch nach § 13 Abs. 3a SGB V sei, dass sich der Versicherte die beantragte notwendige Leistung nach Fristablauf selbst, d.h. außerhalb des für Sach- und Dienstleistungen gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweges, beschafft habe. § 13 SGB V sei mit "Kostenerstattung" und nicht mit "Kostenübernahme" oder "Leistungspflicht" überschrieben. Durch die Genehmigungsfiktion werde der Leistungsrahmen nicht ausgeweitet, da die beantragten Leistungen zum Leistungskatalog der GKV gehören müssten. Die Ermächtigung zur Selbstbeschaffung nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V setze eine "Leistungsberechtigung" in Form eines individuellen Anspruchs auf die konkrete Leistung voraus. Dies entspreche dem Grundsatz, dass der Kostenerstattungsanspruch grundsätzlich nicht weiter gehen könne als die Naturalleistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse. Der Ansicht, § 13 Abs. 3a SGB V laufe leer, wenn trotz Fristablauf nicht jegliche Behandlung zu Lasten der Krankenkasse gehe, sei entgegenzuhalten, dass nicht erkennbar sei, dass vom Übermaßverbot des § 12 SGB V abgewichen werden solle. Satz 7 binde den Anspruch explizit an die "erforderlichen Leistungen", was mit der "Erforderlichkeit im Einzelfall" nach § 12 Abs. 1 SGB V identisch sei. Auch sei der fingierte Verwaltungsakt nach §§ 44 ff., Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aufhebbar. Ein Verwaltungsakt in Form der Genehmigungsfiktion sei hier jedenfalls vor dem 05.02.2015 entstanden, so dass der Bescheid vom 05.02.2015 einen Aufhebungsbescheid nach § 45 SGB X darstelle. Bei dem von der Klägerin gewählten Arzt handele es sich um einen Nichtvertragsarzt. Allein aus diesem Grunde scheide eine Kostenübernahme als Sachleistung aus. Die Wahl der Versicherten sei auf die Inanspruchnahme der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte (außer in einem hier nicht gegebenen Notfall) beschränkt. Diesen Grundsatz habe das erstinstanzliche Urteil außer Acht gelassen. In den vorgelegten Rechnungen entspreche die immer gleiche Begründung für den 3,5fachen Steigerungsfaktor wohl nicht den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Rechnungslegung. Für die darüber hinausgehenden Steigerungsfaktoren fehle eine entsprechende Begründung. Die u.a. am	14

14.11.2016 durchgeführte Liposuktion des Gesäßes sei nicht vom Kostenvoranschlag umfasst gewesen. Insgesamt sei zweifelhaft, inwieweit vorliegend von einem fiktionsfähigen Antrag auszugehen sei. Um von der Genehmigungsfiktion erfasst zu werden, müsse die Leistung in dem Antrag so genau beschrieben werden, dass später über die Art der Leistung und ihren Umfang kein Streit entstehen könne. Diesen Anforderungen entspreche der Kostenvoranschlag nicht. Welche konkreten Regionen (z.B. Oberarm, Unterarm, Fußregion) mit dem vermeintlichen Eintritt der Fiktion genehmigt sein sollten, bleibe offen.

Die Beklagte beantragt, 15

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2015 abzuändern und die Klage abzuweisen. 16

Die Klägerin beantragt, 17

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen. 18

Sie verweist auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R -. Demnach gelte § 13 Abs. 3a SGB V gleichermaßen für Sachleistungsansprüche und Erstattungsansprüche. Dem Erstattungsanspruch stehe auch nicht entgegen, dass die Behandlung bei einem Nichtvertragsarzt durchgeführt worden sei. Dies ergebe sich aus dem Rundschreiben der GKV-Spitzenverbände vom 15.05.2013 (Seite 36). Auf Nachfrage des Senats hat sie erklärt, zu Herrn L über Hinweise ihres behandelnden Phlebologen Dr. M gekommen zu sein. In den Behandlungsräumen liefe in einem Fernseher Werbung, in der unter anderem die Zusammenarbeit zwischen Dr. M und Dr. L vorgestellt werde. In der Praxis L sei sie auf jeden Fall beim Erstgespräch nicht nach ihrer Krankenversicherungskarte gefragt worden. 19

Die Klägerin hat am 19.04.2016 und 14.09.2016 Liposuktionen in der Praxis L durchführen lassen. Die Rechnungen hat die Klägerin zunächst selbst beglichen. Die Beklagte hat ihr die Kosten in Ausführung des erstinstanzlichen Urteils unter Vorbehalt der Rückforderung erstattet. Eine Liposuktionsbehandlung steht noch aus. 20

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Sie waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 21

Entscheidungsgründe: 22

Die zulässige, insbesondere gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, die Kosten der Klägerin für die begehrte ambulante Liposuktion zu übernehmen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 05.02.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.04.2015 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Dabei kann dahinstehen, ob das erstinstanzliche Urteil schon deshalb aufzuheben ist, weil es die Beklagte zur Kostenübernahme verurteilt hat. Eine Kostenübernahme war nicht Streitgegenstand. Vielmehr hatte die Klägerin eine Sachleistung und damit ein aluid zur Kostenübernahme beantragt. Jedenfalls gilt die Leistung weder als genehmigt nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V (hierzu I.) noch hat die Beklagte unabhängig davon die Leistung zu Unrecht abgelehnt (dazu II.). Darüber hinaus sind die der Klägerin von Dr. L in Rechnung gestellten Kosten nicht erstattungsfähig (dazu III.). 23

I. Ein Leistungsanspruch der Klägerin ergibt sich nicht aus § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V. Die Regelung ist sachlich anwendbar. Denn die Klägerin verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern eine Krankenbehandlung.

Auch wenn davon ausgegangen wird, dass § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V einen Sachleistungsanspruch gewährt (so BSG, Urteile vom 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - und vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R -; Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 -; Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER -), so scheidet ein Anspruch der Klägerin aufgrund einer Genehmigungsfiktion deshalb aus, weil der Antrag keine Leistung betrifft, die die Klägerin für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Denn die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V; vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R -). Auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion setzt voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung (entsprechend der fingierten Genehmigung) selbst beschaffen. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R -). Um eine solche klare Grenze handelt es sich hier. Zwar mag die beantragte Liposuktion ihrer Art nach dem Leistungskatalog der GKV unterfallen (so BSG, Terminbericht Nr. 31/17 über die Sitzung vom 11.07.2017 - B 1 KR 1/17 R -, LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06.12.2016 - L 1 KR 680/15 -). Jedoch ist mit dem vorliegenden Antrag schon deshalb eine offensichtliche Leistungsgrenze überschritten, weil die Klägerin die Behandlung durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt begehrt.

25

Der im Dezember 2014 gestellte Antrag auf eine ambulante Liposuktion richtete sich ausschließlich auf die Behandlung in der Privatpraxis von Dr. L. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die Klägerin das Schreiben dieses Arztes als ihren Antrag bei der Beklagten eingereicht hat. Darin heißt es: "Ich berichte über meine Patientin [...] Aus diesen Gründen bitte ich um die Kostenübernahme der u.g. medizinisch indizierten Eingriffe. [...] Für die jeweiligen Eingriffe erlaube ich mir ein Honorar von 3500 Euro zu erheben." Dies lässt schon an sich kein anderes Verständnis zu, als dass die Behandlung durch eben diese Praxis erfolgen sollte. Auch die Beklagte hat den Antrag dahingehend verstanden und ihre ablehnende Entscheidung u.a. damit begründet, dass es sich um eine rein privatärztlich tätige Praxis handele. Dieses Argument hat sie auch während des Widerspruchs- und Gerichtsverfahrens weiter verfolgt, ohne dass die Klägerin infolge dessen erklärt hätte, auch mit der Behandlung durch einen anderen Arzt einverstanden zu sein. Ergänzend bestätigt wird dieses Verständnis des Antrags dadurch, dass die Klägerin die Praxis aufgrund der Werbung und der Zusammenarbeit mit ihrem behandelnden Phlebologen ausgewählt hat (vgl. zur ggf. unzulässigen Verweisung nach § 34 Abs. 5 MBO-Ä: BGH, Urteil vom 13.01.2011 - I ZR 111/08 -) und bereits zuvor im November 2014 eine Liposuktion durch Dr. L. auf eigene Kosten hatte durchführen lassen. Aus dem dargestellten Gesamtzusammenhang

26

ergibt sich nicht der geringste Zweifel an einer von vornherein erfolgten Festlegung der Klägerin. Dabei war ihr klar, dass Dr. L kein Vertragsarzt ist. Bereits beim Erstgespräch hat sie keine Versichertenkarte vorgelegt. Auch hatte sie sich bereits im November 2014 von ihm auf eigene Kosten behandeln lassen.

Eine Leistung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer (vgl. §§ 76, 108 SGB V) liegt - abgesehen ggf. von Fällen einer Versorgungslücke, die weder von der Klägerin behauptet noch sonst ersichtlich wäre - offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs. Denn Versicherte können nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V). Dem Wahlrecht der Versicherten entsprechen die ihnen erwachsenden Obliegenheiten, um Naturalleistungen zu erhalten. Sie haben regelmäßig einen der zugelassenen Ärzte etc. auszuwählen und zur Behandlung unter Vorlage der Krankenversicherungskarte aufzusuchen. Dabei ist den Versicherten geläufig, dass sie die Leistungen abgesehen von gesetzlichen Zuzahlungen kostenfrei erhalten. Wenn sie dagegen eine Leistung außerhalb des Naturalleistungssystems in Anspruch nehmen wollen, etwa weil die Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern vermeintlich nicht sichergestellt ist, müssen sie vorher die Krankenkasse aufsuchen, um ihr zu ermöglichen, die angebliche Versorgungslücke zu überprüfen (BSG, Urteil vom 02.09.2014 - B 1 KR 3/13 R -). Begibt der Versicherte sich ohne Not in privatärztliche Behandlung, verlässt er dadurch den Schutzbereich der "Solidargemeinschaft der Krankenversicherung" (§ 1 Satz 1 SGB V); er kann deshalb von dieser insoweit nichts beanspruchen (BSG, Urteil vom 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -). Wenn der Versicherte mit der Entscheidung für einen nicht zugelassenen Arzt eine Obliegenheit verletzt, so ist offensichtlich, dass mit dieser Auswahl eine Leistungsgrenze, die jedem Versicherten klar sein muss, überschritten ist. 27

Dem steht nicht entgegen, dass im Rahmen des § 13 Abs. 3 SGB V ggf. auch die Kosten für eine Versorgung außerhalb des Systems durch privatärztliche Behandlung übernommen werden müssen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 02.09.2014 - B 1 KR 3/13 R -, Urteil vom 11.09.2012 - B 1 KR 3/12 R -). Denn in diesen Fällen beschafft sich der Versicherte bewusst eine Leistung außerhalb des Systems, nachdem und weil ihm die Krankenkasse rechtswidrig eine Sachleistung verwehrt hat. Es fehlt somit ein Grund, die Auswahl des Versicherten auf den Kreis der zugelassenen Leistungserbringer zu beschränken. Die privatärztliche Selbstbeschaffung bestimmt sich dann nach den Regelungen für privatärztliche Leistungen (BSG, Urteil vom 11.09.2012 - B 1 KR 3/12 R -). Demgegenüber beantragt der Versicherte im Fall von § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gerade eine Leistung durch die Krankenkasse. Der so verfolgte Primäranspruch kann - mit Ausnahme von Notfällen - nur auf eine Behandlung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gerichtet sein (so auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016 - L 11 KR 5297/15 -). 28

II. Ein Anspruch auf eine ambulante ärztliche Liposuktion scheitert im übrigen daran, dass der GBA die neue Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist. Dies gilt erst recht - wie unter I. ausgeführt - für eine privatärztliche Behandlung. 29

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V unterliegt den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist - wie hier - bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V nur dann der Fall, 30

wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (st.Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R -; Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R -, jeweils m.w.N.). Ärztliche "Behandlungsmethoden" im Sinne der GKV sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Darum geht es bei den von der Klägerin selbst beschafften Liposuktionen. "Neu" ist eine Methode, wenn sie - wie hier die Liposuktion - zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (vgl. BSG, Urteil vom 27.09.2005 - B 1 KR 28/03 R -; Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R -). Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die ambulante Fettabsaugung bei Lipödemen mithin grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der GKV.

Ausnahmefälle, in denen es keiner Empfehlung des GBA bedarf (vgl. dazu zusammenfassend BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R -), liegen im Falle der Klägerin nicht vor. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte, ist nichts vorgetragen, ebenso wenig für ein Systemversagen. Auch Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung nach § 2 Abs. 1a SGB V sind weder vorgebracht worden noch sonst ersichtlich. Die verfassungskonforme Auslegung setzt u.a. voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt. Daran fehlt es.

31

III.

32

Ein Anspruch auf Erstattung der zwischenzeitlich der Klägerin durch Dr. L in Rechnung gestellten Kosten scheidet darüber hinaus auch deshalb aus, weil ihr keine erstattungsfähigen Kosten entstanden sind. Die Klägerin war keiner rechtswirksamen Vergütungsforderung durch Dr. L ausgesetzt. Der Kostenerstattungsanspruch eines Versicherten, der sich die Leistung selbst beschafft hat, setzt voraus, dass dem behandelnden Arzt gegen den Versicherten ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch aus der Behandlung erwachsen ist (BSG, Urteil vom 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R -; Urteil vom 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R -, jeweils m.w.N.). Auch wenn der behandelnde Arzt hier nach den Angaben der Klägerin in der mündlichen Verhandlung seinen Aufklärungspflichten genügt haben mag, fehlt es jedenfalls an einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Geht es - wie hier - um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erteilt worden ist. Bei der ärztlichen Gebührenordnung handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht. Das ist verfassungsrechtlich unbedenklich, verletzt insbesondere weder die Kompetenzordnung des Grundgesetzes noch die Berufsfreiheit der Ärzte. Vorbehaltlich eines anders lautenden Bundesgesetzes verpflichtet § 1 Abs. 1 GOÄ alle Ärzte, die Vergütungen für ihre beruflichen Leistungen nach der GOÄ zu berechnen. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ). Vorher

33

trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R -).

Nach § 5 Abs. 1 S. 1 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr, soweit in den - vorliegend nicht einschlägigen - Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes - sog. Regelspanne - bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen (§ 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ). Überschreitet eine berechnete Gebühr nach § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 GOÄ). Nach dem Zweck der Pflicht zur schriftlichen Begründung, dem Zahlungspflichtigen eine (lediglich) grobe Handhabe an die Hand zu geben, um die Rechtfertigung des geltend gemachten Gebührenanspruchs abschätzen zu können, sind zwar keine überzogenen Anforderungen zu stellen. Die vom Arzt gegebene - auf die einzelne Leistung bezogene - Begründung muss aber geeignet sein, das Vorliegen solcher Umstände verständlich und nachvollziehbar zu machen, welche nach dem materiellen Gebührenrecht eine Überschreitung des Schwellenwertes und insbesondere den Ansatz des Höchstsatzes von 3,5 rechtfertigen können. Die Begründung kann nicht durch die schlichte Wiedergabe der Bemessungskriterien erfüllt werden. Es bedarf vielmehr einer individuellen, auf den Behandlungsfall bezogenen Begründung (Landesberufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil vom 20.05.2016 - 6t A 2817/13.T -).

34

Diesen Anforderungen genügen die vorgelegten Rechnungen von Dr. L bei weitem nicht. Außer jeweils der Positionen "Ä250 Blutentnahme Vene" und "Ä443 OP Zuschlag II" sind die Rechnungen von Dr. L nicht fällig. Die pauschale und nicht auf die einzelne Leistung bezogene Begründung für die Erhöhung auf den 3,5 bis 11,4121fachen Satz entspricht nicht § 12 Abs. 3 GOÄ. Die undifferenzierte Begründung ist formelhaft und ohne jeden Bezug auf konkrete einzelne Positionen. Auch die Analogberechnung erfüllt nicht die Anforderungen von § 12 Abs. 4 GOÄ; teilweise wird schon der Hinweis "entsprechend" nicht verwendet. Dadurch fehlt es bereits an der Prüffähigkeit der Rechnung (vgl. Landgericht Hamburg, Urteil vom 29.06.2016 - 332 S 61/14 -). Darüber hinaus lässt die Berechnung des 11,4121fachen Satzes an Wucher (§ 138 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch) denken (vgl. dazu BSG, Urteil vom 11.09.2012 - B 1 KR 3/12 R - m.w.N).

35

Dennoch - ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage - geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R -; BGH, Urteil vom 23.06.2006 - III ZR 223/05 -).

36

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1 SGG.

37

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

38

