L 11 KR 3155/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 19 KR 2352/15
Datum
22.07.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3155/16
Datum
06.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Teilt die Krankenkasse einer Versicherten (telefonisch und schriftlich)
mit, dass die beantragte ambulante Liposuktion keine Leistung der GKV ist, sichert sie aber gleichzeitig eine Prüfung zu, ob im konkreten Einzelfall nicht doch eine Kostenübernahme möglich ist, erlässt sie damit keinen den Eintritt einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V hindernden Ablehnungsbescheid.
Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.07.2016 und der Bescheid der Beklagten vom 13.06.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2015 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin die Kosten der selbst beschafften Liposuktion iHv 16.441,04 EUR zu erstatten.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Kostenerstattung für drei von einem nicht zugelassenen Krankenhaus durchgeführte Liposuktionsbehandlungen im Bereich der Beine und der Oberarme in Höhe von 16.441,04 EUR.

Die am 15.12.1971 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Unter dem 25.04.2014 (Bl 9 Verwaltungsakte) beantragte sie bei der Beklagten unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung der Dermatologin und Phlebologin Dr. F. vom 14.04.2014 und des Kostenvoranschlags der privaten R.-Klinik GmbH vom selben Tag die Kostenübernahme für eine Liposuktionsbehandlung in Tumeszenz-Lokalanästhesie (ambulante Operation mit Übernachtung).

In einem Telefonat am 05.05.2014 und mit Schreiben vom selben Tag (Bl 10, 15 Verwaltungsakte) teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass zwar die begehrte Leistung grundsätzlich nicht übernommen werde, jedoch vorliegend eine Einzelfallprüfung erfolgen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) eingeschaltet werde.

Nach Beiziehung ärztlicher Unterlagen beauftragte die Beklagte am 20.05.2014 den MDK und informierte die Klägerin hierüber. Dr. Z. gelangte in seinem Gutachten vom 10.06.2014 (Bl 39 Verwaltungsakte) nach persönlicher Untersuchung der Klägerin zu folgenden Diagnosen: Lipödem Grad II im Bereich beider Beine, Lipödem Grad I im Bereich beider Arme, mittelgradige depressive Episode mit Angststörung, Vitamin B12-Mangelanämie, chronische Zystitits sowie unklare Kniegelenksbeschwerden. Eine medizinische Indikation für eine operative Therapie des Lipödems bestehe derzeit nicht. Im Vordergrund stehe vielmehr die Behandlung der psychischen Leiden.

Mit Bescheid vom 13.06.2014 (Bl 44 Verwaltungsakte) lehnte die Beklagte den klägerischen Antrag ab. Die begehrte Behandlung sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, ihr diagnostischer bzw therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen. Hiergegen erhob die Klägerin am 01.07.2014 Widerspruch und machte geltend, alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Sie sei in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt und habe starke Schmerzen. Ihre Ärzte sähen in der Liposuktionsbehandlung die einzige Möglichkeit zur Behandlung ihres Krankheitsbildes. Die Beklagte beauftragte sodann erneut den MDK Baden-Württemberg mit einem sozialmedizinischen Gutachten. Dr. D. gelangte in ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 15./31.10.2014 (Bl 78/85 Verwaltungsakte) zum selben Ergebnis wie Dr. Z. (Gutachten vom 10.06.2014). Es bestehe keine lebensbedrohliche Erkrankung respektive eine notstandsähnliche Situation. Es sollte zunächst versucht werden, die Behandlung im Rahmen einer speziellen Rehabilitationsmaßnahme in einer Lymphfachklinik zu intensivieren. Für die begehrte Behandlung liege ein Wirksamkeitsnachweis bisher nicht vor. Das Beratungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sei im Mai 2014 eingeleitet worden.

Nachdem die Klägerin den Vorschlag der Beklagten, die Entscheidung des G-BA abzuwarten und das Verfahren ruhend zu stellen abgelehnt hatte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2015 (Bl 96 Verwaltungsakte) den Widerspruch als unbegründet zurück. Bei der beantragten ambulanten Liposuktion handele es sich um eine sog unkonventionelle Behandlungsmethode, für die der G-BA noch keine Empfehlung abgegeben habe. Kosten dafür könnten daher nicht übernommen werden, zumal eine medizinische Indikation ausweislich der eingeholten MDK-Gutachten nicht bestehe.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.04.2015 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben (S 19KR 2352/15) und am 19.06.2015 den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt (S 19 KR 3415/15 ER).

Zur Begründung ihrer Klage hat die Klägerin ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft. Ergänzend hat sie vorgebracht, sie leide zunehmend psychisch. Sie hat auf das ärztliche Attest vom 07.07.2015 des Dr. S. von der R.-Klinik Bezug genommen. Die Erkrankung belaste die Klägerin im privaten sowie im beruflichen Auftreten. Es handele sich um einen psychisch stark belastendenden körperwidrigen Zustand. Ferner sei durch die Eingriffe eine erhebliche Lebensqualitätssteigerung für sie zu erwarten. Finde die Operation jetzt nicht statt, bestünden nicht mehr wiedergutzumachende Nachteile. Eine Vorfinanzierung der Behandlung sei ihr nicht möglich, da sie von Arbeitslosengeld in Höhe von monatlich 769,80 EUR lebe.

Am 10.07.2015 hat das SG den Eilantrag der Klägerin durch Beschluss abgelehnt. Die Klägerin hat sodann die Liposuktionen in der R.-Klinik GmbH in D. durchführen lassen. Die erste Operation hat am 29.07.2015 stattgefunden (Beine Innenseite, Kosten: 5.603,10 EUR, Rechnung v 29.07.2015, Bl 49 SG-Akte),

Gegen den Beschluss des SG vom 10.07.2015 im einstweiligen Rechtsschutz hat die Klägerin am 17.08.2015 Beschwerde eingelegt, die vom Landessozialgericht Baden-Württemberg mit Beschluss vom 16.09.2015 zurückgewiesen worden ist (L 5 KR 3511/15 ER-B).

Die Klägerin hat hierauf die zweite Operation am 28.09.2015 (Beine Außenseiten, Kosten: 5.303,10 EUR, Rechnung v 28.09.2015, Bl 50 SG-Akte) und die dritte Operation am 30.11.2015 (Bereich der Oberschenkel und beider Arme, Kosten: 5.534,84 EUR, Rechnung v 30.11.2015, Bl 54 SG-Akte) durchführen lassen. Sämtliche Kosten sind nach Angaben der Klägerin von ihren Eltern darlehensweise vorfinanziert worden. Die Klägerin ist der Auffassung, es sei unschädlich, dass die Operationen in einer Privatklinik durchgeführt worden sind.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat auf die Begründung des Widerspruchsbescheids Bezug genommen.

Mit Urteil vom 22.07.2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien rechtmäßig und verletzten die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die streitgegenständliche Liposuktion zähle sowohl als ambulante als auch als stationäre Behandlung nicht zu den von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen. Daher habe die Klägerin keinen Anspruch aus § 13 Abs 3 Satz 1 2. Alternative SGB V auf Kostenerstattung. Die ambulante Liposuktion sei eine neue Behandlungsmethode. Allein der Umstand, dass die Liposuktion im ambulanten Bereich nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, genüge nicht, um diese stationär zu erbringen. Das SG hat sich außerdem auf das Gutachten von Dr. Z. vom 10.06.2014 und das Gutachten von Dr. D. vom 15.10.2014 gestützt. Die Methode der Liposuktion bedürfe noch eingehender Untersuchung, um die vorhandenen Risiken zu minimieren. Vorliegend bestünden außerdem vertragliche Behandlungsmöglichkeiten; im Fall der Klägerin sei eine Behandlung im Rahmen einer speziellen Rehabilitationsmaßnahme in einer Lymphfachklinik angezeigt. Die von der Klägerin in Bezug genommene Vorschrift des § 137c Abs 3 SGB V regle die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Krankenhausbehandlung und zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter in zugelassenen Krankenhäusern, zu denen jedoch die R.-Klinik nicht gehöre. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung liege bei der Klägerin nicht vor.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 29.07.2016 gegen Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin am 22.08.2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und ihr bisheriges Vorbringen vollumfänglich aufrecht erhalten und eine Bescheinigung der R.-Klinik vom 10.07.2017 vorgelegt (Blatt 64 Senatsakte). Die Liposuktion sei stationär durchgeführt worden. Die in den jeweiligen Rechnungen genannte Kliniküübernachtung zu je 300,- EUR begründe das Vorliegen einer stationären Behandlungsmaßnahme. Die Beklagte hätte die begehrte Behandlung auch deshalb nicht ablehnen dürfen, da sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative geboten habe. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe am 20.07.2017 eine Änderung der Richtlinienmethoden Krankenhausbehandlung bezüglich der Liposuktion bei Lipödem beschlossen. Die Liposuktion bei Lipödem sei in der Anlage II aufgenommen worden. In den tragenden Gründen zum Beschluss werde unter 2.2.2 Bewertung der vorhandenen Evidenz aufgeführt, dass auf Basis der gefundenen Studien das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative angenommen werden könne.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.07.2016 und den Bescheid der Beklagten vom 13.06.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der selbst beschafften Liposuktion iHv 16.441,04 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt auf die Begründungen der angefochtenen Bescheide und auf die Ausführungen des SG Bezug. Die Voraussetzungen des § 137c Abs 3 SGB V lägen nicht vor. Eine stationäre Krankenhausbehandlung sei vorliegend nicht erforderlich gewesen. Auch die Privatklinik habe lediglich attestiert, dass eine stationäre Behandlung sinnvoll sei. Im Übrigen erfasse der Anwendungsbereich des §137c Abs 3 SGB V nur Krankenhausbehandlungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Dies sei bei der R.-Klinik nicht der Fall. Die Sozialgerichtsbarkeit habe sich bereits sehr häufig mit der Frage beschäftigt, ob die Behandlungen in der Privatklinik R.-Klinik, die immer gleich abliefen, als ambulante oder stationäre Behandlungen zu bewerten seien. Im Ergebnis kämen alle der Beklagten bekannten Entscheidungen zum Ergebnis, dass es sich um ambulante Behandlungen handle, da nach GOÄ abgerechnet werde, die Klinik kein zugelassenes Krankenhaus sei und außerdem die regelmäßige nächtliche Nachsorge nicht die Voraussetzungen einer

Krankenhausbehandlung erfülle. Die ambulante Behandlung stehe § 135 SGB V der Kostenübernahme entgegen. Der Beschluss des GBA, eine Evaluationsstudie zu veranlassen, ändere daran nichts. Er bestätige, dass eine zulassungsreife Datenlage bezüglich der Liposuktion zur Zeit nicht existiere.

In einem Erörterungstermin am 29.06.2017 hat der Berichterstatter die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten eingehend erörtert (Bl 50 ff Senatsakte). Anschließend wurde in Folge der Terminvorschau des Bundessozialgerichts zum 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, vereinbart, zunächst diese Entscheidung und die Veröffentlichung der Entscheidungsgründe abzuwarten.

Nach Bekanntwerden der neuen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 13 Abs 3a SGB V (Urteil vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R; Urteil vom 26.09.2017, B 1 KR 8/ 17 R, und Urteil vom 02.11.2017, B 1 KR 7/17 R) hat die Klägerin sich hierauf gestützt. Der geltend gemachte Anspruch ergebe sich damit auch aus § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V. Der Antrag der Klägerin sei am 25.04.2014 bei der Beklagten eingegangen. Die Fünf-Wochen-Frist habe am 30.05.2014 geendet. Der angefochtene Bescheid vom 13.06.2014 sei erst nach Fristablauf ergangen. Das BSG habe in seiner neuen Rechtsprechung deutlich gemacht, dass auch stationäre und ambulante Liposuktionen in einer Privatklinik von § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V umfasst seien.

Die Beklagte hat vorgebracht, sie habe im Telefonat am 05.05.2014 der Klägerin die beantragte Kostenübernahme verweigert und damit den Antrag innerhalb der maßgeblichen Fristen des § 13 Abs 3a SGB V abgelehnt. Eine Genehmigungsfiktion sei daher nicht eingetreten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat Erfolg.

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft, zulässig und begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihrem sich aus der fiktiven Genehmigung ihres Antrags ergebenden Leistungsanspruch. Der Senat schließt sich der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 13 Abs 3a SGB V (Urteile vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R; 26.09.2017, B 1 KR 8/ 17 R und Urteil vom 02.11.2017, B 1 KR 7/17 R, B 1 KR 24/17 R) an und bejaht den Kostenerstattungsanspruch der Klägerin.

Der Anspruch auf Erstattung der Kosten für die durchgeführten Liposuktionen iHv 16.441,04 EUR ergibt sich aus § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V. Nach § 13 Abs 3a Satz 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 MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Nach § 13 Abs 3a Satz 5 SGB V hat die Krankenkasse, sofern sie Fristen nach Satz 1 nicht einhalten kann, dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. 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 Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Versorgung mit den beantragten ambulanten Liposuktionen als Naturalleistung (BSG 07.11.2017, B 1 KR 7/17 R RdNr 12 mwN) ist kraft fingierter Genehmigung des Antrags entstanden (§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V). Abschließend war die Klägerin berechtigt, sich "nach Ablauf der Frist", dh nachdem die Genehmigungsfiktion eingetreten war, den Anspruch zu realisieren (§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V). Nach dem Regelungssystem entspricht dem Naturalleistungsanspruch der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch. § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V begrenzt den sich aus der Genehmigungsfiktion ergebenden Anspruch schon nach seinem Wortlaut nicht, sondern erweitert die Handlungsoptionen neben der Inanspruchnahme der Leistung in Natur um die Selbstbeschaffung mit Kostenerstattung. Dies vermeidet eine sachwidrige Ungleichbehandlung iS von Art 3 Abs 1 GG. Denn nur der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Berechtigten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (BSG 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R, für BSGE und SozR 4 vorgesehen, juris RdNr 16).

Die Klägerin beantragte als Leistung hinreichend bestimmt unter Vorlage des Angebots/Kostenvoranschlags der ausführenden Klinik die Versorgung mit drei ambulanten Liposuktionen. Es genügt hierfür, dass das Behandlungsziel klar ist (zur Liposuktion vgl BSG 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, juris RdNr 19; BSG 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R RdNr 17). Der Beklagten war der Antrag auch hinreichend klar, denn sie hat in ihren Bescheiden über die beantragten ambulanten Liposuktionen entschieden und die Ablehnung auf die fehlende Empfehlung des G-BA sowie im Klageverfahren ergänzend auf die Tatsache gestützt, dass es sich um eine nicht zugelassene Klinik handelt.

Der Antrag der Klägerin betraf eine Leistung, die sie befundgestützt für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Die von der Klägerin begehrten Liposuktionen liegen nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV (BSG 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, juris RdNr 22; BSG 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R, juris RdNr 22). Die Klägerin durfte die beantragten Liposuktionen aufgrund der fachlichen Befürwortung durch ihren Arzt Dr. B. Universitäts-Hautklinik T. (Bl 25 Verwaltungsakte) auch für erforderlich halten.

Dass der Antrag nach dem vorgelegten Kostenvoranschlag auf die Versorgung mit ambulanten Liposuktionen durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer gerichtet war, steht der Genehmigungsfiktion nicht entgegen. Im Hinblick auf die nunmehr vorliegende neuere Rechtsprechung des BSG gibt der erkennende Senat die im Urteil vom 15.11.2016 (L 11 KR 5297/15) hierzu vertretene Rechtsauffassung auf und schließt sich der Rechtsprechung des BSG an. Es bedarf keiner Vertiefung, ob 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 (BSG 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, juris RdNr 20; vgl auch BSG 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R juris RdNr 23). So lag es hinsichtlich der ambulanten Liposuktionen nicht. Diese 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 BSG 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, juris RdNr 20). Eine solche Beschränkung wirkte jedenfalls nach der Ablehnungsentscheidung der Beklagten nicht mehr, weshalb die Klägerin sich die Liposuktionen in einer Privatklinik selbst verschaffen durfte, weil die Beklagte unter Missachtung der fingierten Genehmigung deren Gewährung abgelehnt hatte (BSG 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, juris RdNr 20, 24). Versicherte, denen ihre KK rechtswidrig Leistungen verwehrt, sind nicht prinzipiell auf die Selbstbeschaffung der Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen (BSG 11.09.2012, B 1 KR 3/12 R, BSGE 111, 289, SozR 4-2500 § 13 Nr 27).

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der ab 26.04.2014 beginnenden Fünf-Wochen-Frist (§ 13 Abs 3a S 1 Alt 2 SGB V), sondern erst mit Bescheid vom 13.06.2014 nach Fristablauf (29.05.2014, § 26 Abs 1 SGB X iVm § 188 Abs 2 BGB). Maßgeblich für den Fristbeginn war der Eingang des Antrags bei der Beklagten. Hierbei ist es unerheblich, ob die betroffene KK meint, der maßgebliche Sachverhalt sei noch aufzuklären (BSG 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R, RdNr 24). Das Telefonat der Beklagten mit der Klägerin bzw das Schreiben der Beklagten vom 05.05.2014 stellen keine Antragsablehnung dar, da die Beklagte, ausgehend von ihrer angenommenen grundsätzlichen Nichtleistungspflicht gerade abweichend hiervon der Kläger eine Einzelfallprüfung zugesagt hat. Ebenso heißt es im Schreiben der Beklagten vom selben Tage: "Leider ist die ambulante Liposuktion keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir dürfen also grundsätzliche keine Kosten dafür übernehmen. Trotzdem wollen wir nichts unversucht lassen und uns deshalb an den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wenden. Mit Unterstützung des MDK werden wir klären, ob wir nicht vielleicht doch die Kosten dafür tragen können." Aus der Sicht der Klägerin, ausgelegt nach dem objektiven Empfängerhorizont (§§ 133, 157 BGB), war dies keine Ablehnung ihres Antrags, sondern ausgehend vom Regelfall ("grundsätzlich") die Ankündigung einer Prüfung ("trotzdem"), ob dem Antrag ausnahmsweise ("nicht vielleicht doch") stattgegeben werden könne ("die Kosten dafür tragen können").

Die entstandene Genehmigung ist auch nicht später erloschen. Die Beklagte regelte mit der Ablehnung der Leistung weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme, eine Aufhebung oder einen Widerruf (vgl hierzu §§ 45, 47 SGB X) der fingierten Genehmigung. Geänderte Umstände, die die Genehmigung durch Eintritt eines erledigenden Ereignisses entfallen lassen könnten, liegen nicht vor.

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.

Der Klägerin sind durch die Selbstbeschaffung Kosten entstanden. Die Klägerin schuldete aufgrund des Behandlungsvertrags rechtswirksam Vergütung iHv insgesamt 16.441,04 EUR (Rechnung v 29.07.2015 über 5.603,10 EUR; Rechnung v 28.09.2015 über 5.303,10 EUR; Rechnung v 30.11.2015 über 5.534,84 EUR), die sie beglichen hat. Ein Eigenanteil ist nicht abzuziehen, da nach den übereinstimmenden Angaben der Beteiligten die Klägerin wegen Überschreitens der Belastungsgrenze von Zuzahlungen befreit und im vorliegenden Fall im Rahmen der Kostenerstattung für die durchgeführten Liposuktionen keine Zuzahlung für die ärztlichen Behandlungen zu leisten ist (Bl 105 Senatsakte).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-05-03