
Datum: 08.06.2016
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 40. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 40 KR 1454/14
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2016:0608:S40KR1454.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Im Übrigen findet eine Kostenerstattung nicht statt.

Tatbestand:

1

Die Beteiligten streiten noch über die Notwendigkeit einer Bauchdeckenplastik. Die Klägerin beantragte im Februar 2014 die Bewilligung einer Narbenkorrektur und Neuformung der Bauchdecke mit Schreiben des Evangelischen Krankenhaus Witten, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, vom 05.02.2014. Danach zeigten sich eine druckschmerzhaft invertierte Narbe sowie eine horizontal verlaufende Einziehung der Bauchdecke. Diese sei druckschmerzhaft. Zur Erreichung eines idealen Ergebnisses seien eine Narbenkorrektur und eine Neuformung der Bauchdecke notwendig. Mit Schreiben vom 14.03.2014 wandte sich die Beklagte an die Klägerin und teilte mit, dass noch Unterlagen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) benötigt würden. Diese wurden am 27.03.2014 übersandt. Die Beklagte schaltete den MDK ein, der am 25.04.2014 nach Untersuchung der Klägerin mitteilte, dass keine Auffälligkeiten bei den Weichteilverhältnissen sowie eine reizlose Narbe, die frei verschieblich gewesen sei, feststellbar gewesen seien. Ein Gewebeüberschuss fände sich dort nicht. Oberhalb des Bauchnabels sei ein Gewebeüberschuss vorhanden. Die Querfalte sei gerötet, ohne Hautentzündungen aufzuweisen. Eine Funktionsbeeinträchtigung sei nicht feststellbar. Ebenso wenig sei eine Entstellung gegeben. Eine Notwendigkeit für die Operation bestehe nicht. Mit Bescheid vom 07.05.2014 lehnte die Beklagte den Antrag insgesamt ab. Dagegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 16.05.2014 Widerspruch. Sie gab an, dass sie unter Schmerzen im Bereich

2

der Narbe leide, die vom MDK nicht berücksichtigt worden seien. Zudem sei der Gewebeüberschuss eine Folge der Narbenbruchoperation und nicht eine physiologische Entwicklung. Ergänzend übersandte sie eine Attest von Herrn L, Allgemeinmediziner, vom 12.05.2014, der mitteilte, dass es zu einer erheblichen Vorwölbung des Bauchgewebes gekommen sei, die die Klägerin psychisch stark belaste. Zudem übersandte sie den Arztbrief von Dr. S, Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Evangelischen Krankenhauses X, vom 10.06.2014. Dieser gab an, dass krampfartige Schmerzen im Bereich des Oberbauches sowie ständige Übelkeit vorhanden seien. Ein Gallenblasenleiden sowie ein Magenulcus hätten ausgeschlossen werden können. Die Beklagte schaltete nochmals den MDK ein, der am 24.07.2014 nach Untersuchung der Klägerin festhielt, das diagnostisch zunächst die Beschwerden abzuklären seien. Mit Bescheid vom 02.12.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der MDK habe bestätigt, dass eine operative Maßnahme nicht erforderlich sei. Außerdem komme die Operation auch nicht wegen der psychischen Beschwerden in Betracht. Insofern seien die Mittel der Psychotherapie sowie der Psychiatrie vorrangig. Mit der am 15.12.2014 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie trägt vor, dass sie 1992 nach einer Operation eine Narbe von 15-20 cm zurückbehalten habe. Dort habe sie im Jahr 2013 einen Narbenbruch erlitten, der wiederum operiert worden sei. Die Operation habe zu Wundwasseransammlungen geführt, welche punktiert worden seien und zu einer Fettschürze geführt hätten. Sie leide an krampfartigen Schmerzen, wodurch eine Übelkeit verursacht werde. Daneben habe sie Schmerzen direkt neben dem Bauchnabel. Die vom MDK geforderte Diagnostik sei im Evangelischen Krankenhaus X durchgeführt worden, ohne eine andere Ursache zu finden. Auch der MDK habe zudem festgestellt, dass die Narbe schmerzhaft sei. Nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung den Anspruch auf eine operative Narbenkorrektur anerkannt und die Klägerin das Anerkenntnis angenommen hat, beantragt die Klägerin noch, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 07.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.12.2014 zu verurteilen, ihr eine Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Bauchdeckenplastik als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, dass die Klägerin eine kosmetische Operation begehre, die nicht in die Leistungspflicht der Beklagten falle. Die von der Klägerin geklagten Beschwerden habe der MDK nicht bestätigen können, zumal dort darauf hingewiesen worden sei, dass die Ursache für die Beschwerden auch woanders liegen könne und insofern weitere Diagnostik notwendig sei. Auf die psychischen Beschwerden komme es für die Frage der Notwendigkeit der Operation nicht an. Eine Entstellung liege nach den Maßstäben des Bundessozialgerichts (BSG) nicht vor. Notwendig aber auch ausreichend sei eine Narbenkorrektur. Die Bauchdeckenplastik sei nicht angezeigt. Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung von Befund- und Behandlungsberichten von Herrn L vom 03.07.2015 und von Dr. M, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Evangelischen Krankenhauses X, vom 25.07.2015. Auf die ärztlichen Feststellungen wird im Einzelnen verwiesen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist unbegründet. Nachdem die Beklagte den Anspruch auf eine operative Narbenkorrektur anerkannt und die Klägerin das Anerkenntnis angenommen hat, hat das Gericht nur noch über die Notwendigkeit einer Bauchdeckenplastik zu befinden. Die Klägerin ist durch den Bescheid vom 07.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.12.2014 insoweit nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 S. 1 SGG beschwert, da der Bescheid nicht rechtswidrig ist. a. Die Klägerin hat keinen Anspruch aus § 27 Abs. 1 S. 1 Nr.

3

4

5 i.V.m. § 39 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) auf die begehrte Bauchdeckenplastik im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung gegen die Krankenkasse Versicherte haben nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. (1) Es besteht vorliegend keine medizinische Notwendigkeit für eine Bauchdeckenplastik. Diese ist nicht erforderlich, da eine Krankheit im Bereich der Bauchdecke nicht vorliegt. Eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ist ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Regelwidrig ist ein Zustand, der von der Norm, also vom Leitbild des gesunden Menschen, abweicht (vgl. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen [LSG NRW], Urteil vom 03.05.2001, Az.: L 5 KR 221/00; Prehn, in: NK-GesundhR, SGB V, § 27 Rn. 16 ff.). Dabei hat die Rechtsprechung den Maßstab dahingehend konkretisiert, dass das Vorliegen einer Krankheit nur anzunehmen ist, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder die anatomische Abweichung entstellend wirkt (BSG, Urteil vom 19.10.2004, Az.: B 1 KR 3/03 R; BSG, Urteil vom 28.02.2008, Az.: B 1 KR 19/07 R; Sächsisches Landessozialgericht [SächsLSG], Urteil vom 22.03.2006, Az.: L 1 KR 15/05; LSG NRW, Urteil vom 26.04.2006, Az.: L 11 KR 24/05). Zur Überzeugung der Kammer liegen diese Voraussetzungen im Bereich der Bauchdecke nicht vor. Schon der MDK hat am 25.04.2014 nach Untersuchung der Klägerin festgehalten, dass keine Auffälligkeiten bei den Weichteilverhältnissen sowie eine reizlose Narbe, die frei verschieblich gewesen ist, feststellbar waren. Ein Gewebeüberschuss fand sich dort nicht. Oberhalb des Bauchnabels war zwar ein Gewebeüberschuss vorhanden. Die Querfalte war insoweit auch gerötet. Hautentzündungen fanden sich jedoch nicht. Eine Funktionsbeeinträchtigung war ebenso wenig gegeben. Dies wiederum deckt sich mit den Feststellungen des MDK im Gutachten vom 25.07.2014 (Bl. 31 ff. der Gerichtsakte). Dort wurden keine Entzündungszeichen angegeben. Eine Notwendigkeit für eine Bauchdeckenplastik ergab sich nicht. Bestätigung findet sich im Befundbericht von Dr. M, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Evangelischen Krankenhauses X, vom 20.07.2015 (Bl. 56 f. der Gerichtsakte). Dr. M hat – entsprechend der oben festgehaltenen Befunde – mitgeteilt, dass eine Bauchdeckenplastik zur Schmerzbeseitigung nicht erforderlich ist. Die Narbenkorrektur würde ausreichen, um die Beschwerden zu beseitigen. Jedenfalls genügt seiner Ansicht nach ein Narbenrelease. Daher findet sich auch im Attest von Dr. S vom 05.02.2014 die Angabe, dass die Bauchdeckenplastik empfohlen werde, um ein ideales Ergebnis zu erzielen. Ebenso gibt Hr. L im Befundbericht vom 03.07.2015 (Bl. 43 der Gerichtsakte) lediglich an, dass die Bauchdeckenplastik erforderlich sei, weil die Vorwölbung nach der Narbenkorrektur noch deutlicher geworden sei. Damit aber begründet er die Notwendigkeit der Bauchdeckenplastik nicht mit einer krankhaften Veränderung derselben. Sonstige Anhaltspunkte für eine krankhafte Veränderung der Bauchdecke finden sich nicht. (2) Eine Entstellung konnte die Kammer nicht feststellen. Eine Entstellung liegt vor, wenn die körperlichen Veränderungen ständig dem Blick der Allgemeinheit ausgesetzt sein können und infolgedessen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erschwert oder unmöglich gemacht wird (LSG NRW, Beschluss vom 08.11.2004, Az.: L 16 KR 137/04; SächsLSG, Urteil vom 22.03.2006, Az.: L 1 KR 15/05). Dabei muss es sich um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit auslöst und damit zugleich erwarten lässt, dass die Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen droht, so dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet wird (BSG, Urteil vom 28.02.2008, Az.: B 1 KR 19/07 R). Wesentlich kommt es insoweit auf den

bekleideten Zustand an (LSG NRW, Urteil vom 03.05.2001, Az.: L 5 KR 221/00; LSG NRW, Beschluss vom 08.11.2004, Az.: L 16 KR 137/04). Ferner muss die körperliche Auffälligkeit in einer solchen Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi "im Vorbeigehen" bemerkbar macht (vgl. BSG, Urteil vom 28.02.2008, Az.: B 1 KR 19/07 R). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze liegt nach Ansicht der Kammer eine entstellende Wirkung der Bauchdecke weder für sich genommen noch in der Gesamtschau vor. Zur Beurteilung dieser Frage hat die Kammer die Klägerin persönlich im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 08.06.2016 in Augenschein nehmen können. Im maßgeblichen bekleideten Zustand konnte die Kammer dabei nicht feststellen, dass die Bauchdecke durch ihre Form oder Größe bei objektiver Betrachtung im Verhältnis zum Gesamterscheinungsbild dazu geeignet ist, die freie Entfaltung der Klägerin unter Mitmenschen unmöglich zu machen oder sie zum Objekt der Begierde werden zu lassen. Die Bauchdecke wirkt im bekleideten Zustand weder abstoßend, noch ist sie geeignet, Missempfindungen wie Erschrecken, Abscheu, Neugier oder eine anhaltende Abneigung der Klägerin gegenüber auszulösen. Vielmehr fällt sie aufgrund der Gesamtproportionen insgesamt nicht besonders auf. Die Klägerin mag insoweit nach ihrem subjektiven Empfinden gehindert sein, sich unbefangen unter Mitmenschen zu bewegen. Dieses subjektive Empfinden ließ sich – im allein maßgeblichen bekleideten Zustand – aber anhand des persönlichen Erscheinungsbildes der Klägerin im Termin nicht objektivieren. (3) Ein Anspruch auf die beantragte Operation besteht auch nicht aufgrund der psychischen Leiden der Klägerin. Ein mittelbares Vorgehen gegen eine Krankheit – hier die beantragte Bauchdeckenplastik zur Beseitigung der psychischen Beschwerden – und die mit der Operation verbundenen Risiken bedürfen grundsätzlich einer besonderen Rechtfertigung. Die Behebung psychischer Störungen kommt als eine solche besondere Rechtfertigung nach der ständigen Rechtsprechung nicht in Betracht. Operationen am – krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper, die zu einer Linderung oder Beseitigung psychischer Leiden führen sollen, zählen vielmehr nicht als Behandlung im Sinne von § 27 Abs. 1 SGB V (BSG, Urteil vom 19.10.2004, Az.: B 1 KR 3/03 R; SächsLSG, Urteil vom 22.03.2006, Az.: L 1 KR 15/05). Dies gilt selbst dann, wenn die Störungen allein mit den Mitteln der Psychiatrie oder Psychotherapie nicht heilbar wären, weil anderenfalls bei psychischer Fixierung auf gewünschte äußere Veränderungen eine Grenzziehung hinsichtlich der Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme kostspieliger Schönheitsoperationen kaum möglich wäre (LSG NRW, Urteil vom 03.05.2001, Az.: L 5 KR 221/00; LSG NRW, Beschluss vom 08.11.2004, Az.: L 16 KR 137/04; LSG NRW, Urteil vom 26.04.2006, Az.: L 11 KR 24/05). Damit kommt es nicht darauf an, ob gegebenenfalls eine Chronifizierung der psychischen Leiden der Klägerin droht. Ebenso wenig ist erheblich, ob für die Beklagte die Operation gegenüber der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung die kostengünstigere Alternative wäre (BSG, Urteil vom 19.10.2004, Az.: B 1 KR 3/03 R). b. Der Anspruch ergibt sich auch nicht aus § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V. Nach § 13 Abs. 3a S. 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Für Leistungen

zur medizinischen Rehabilitation gelten gemäß § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V die §§ 14, 15 des Neunten Buches (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen begründet noch keinen Anspruch aus einer fingierten Genehmigung gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V. Die Vorschrift ist teleologisch zu reduzieren. Von der Fiktionswirkung nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V sind nur solche beantragten Leistungen erfasst, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (so bereits die Kammer im Beschluss vom 16.07.2014, Az.: S 40 KR 742/14 ER; SG Dortmund, Urteil vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 518/14; ebenso § 13 Abs. 3a SGB V einschränkend auslegend LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014, Az.: L 16 KR 154/14 B ER; HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15; SG Dortmund, Beschluss vom 31.01.2014, Az.: S 28 KR 1/14 ER; SG Würzburg, Urteil vom 15.01.2015, Az.: S 11 KR 100/14; Helbig, in: jurisPK-SGB V, 3.Aufl., § 13 Rn. 68 ff.; Heining, in: NK-GesundhR, § 13 SGB V Rn. 33; Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 68 ff.; Preis/Schneider, NZS 2013, 281 (287); Knispel, SGB 2014, 374 ff.). Die Genehmigung reicht damit nicht weiter als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch entsprechend der Regelungen des SGB V. Daran fehlt es nach dem oben Gesagten. Soweit das BSG (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R) und die überwiegende Rechtsprechung der Sozialgerichte (u.a. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; Saarl. LSG, Urteil vom 17.06.2015, Az.: L 2 KR 180/14; BayLSG, Urteil vom 23.02.2016, Az.: L 5 KR 351/14; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, Az.: S 21 KR 282/13; SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: S 7 KR 520/13; SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014, Az.: S 6 KR 339/13; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015, Az.: S 16 KR 96/14; SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015, Az.: S 24 KR 254/14; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14) die gegenteilige Rechtsansicht vertreten, überzeugt dies weiterhin nicht. Auch die Entscheidung des BSG gibt insoweit keinen Anlass, von der einschränkenden Auslegung abzuweichen (so schon zu § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V SG Dortmund, Urteil vom 23.05.2016, Az.: S 40 KR 672/15). Weder das BSG noch die sonstige Rechtsprechung setzen sich in hinreichender Weise mit dem gesetzgeberischen Willen und der systematischen Stellung auseinander. Darüber hinaus überzeugen aber auch die Argumente, die für die weite Sichtweise vorgetragen werden, nicht. (a) Zwar ist der Gegenmeinung zuzugeben, dass der Wortlaut entsprechend weit formuliert ist. Dies hindert eine teleologische Reduktion jedoch nicht. Vielmehr macht der weite Wortlaut aufgrund systematischer, historischer und teleologischer Überlegungen eine solche Reduktion (zu den Voraussetzungen einer Reduktion allgemein Canaris, Methodenlehre, 3.Aufl., S. 210 ff.; Reimer, Juristische Methodenlehre, Rn. 614 ff.) erforderlich. Soweit nämlich eine Vorschrift nach ihrem Wortsinn Sachverhalte erfasst, die sie nach dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers nicht erfasst sollte, sind die Gerichte befugt, den Wortlaut der Vorschrift zu korrigieren (vgl. BVerfG, Beschluss vom 07.04.1997, Az.: 1 BvL 11/96; BVerwG, Urteil vom 07.05.2014, Az.: 4 CN 5/13). Die Auslegung der Vorschrift hat sich an ihrem Wortlaut, Sinn und Zweck der Regelung, ihrer systematischen Stellung und der Entstehungsgeschichte auszurichten (vgl. zum Auslegungskanon allgemein Reimer, Juristische Methodenlehre, Rn. 136 ff.). Bei der Auslegung hat die Kammer stets das gesamte Regelungssystem in den Blick zu nehmen (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2014, Az.: B 1 KR 37/14 R). Maßgebliche Bedeutung kommt dabei der subjektiv-historischen Perspektive, d.h. dem Willen des Gesetzgebers, zu (zutreffend Reimers, Juristische Methodenlehre, Rn. 251 ff.; vgl. im Sinne einer subjektiv-objektiven Theorie Würdinger, JuS 2016, S. 1 (6)). Schon die Gesetzgebungsgeschichte und die Gesetzesbegründung sprechen klar für das enge Verständnis. Der Gesetzesentwurf hatte zunächst nur die Einführung eines neuen Kostenerstattungsanspruches vorgesehen. In der Gesetzesbegründung wurde dabei ausdrücklich Bezug genommen auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch ("Die Versicherten sind so zu stellen,

als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt." - BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Darüber hinaus war Vorbild für die Neuregelung die Vorschrift des § 15 SGB IX. Dort wird in § 15 Abs. 1 SGB IX aber vorausgesetzt, dass ein Sachleistungsanspruch besteht (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013, Az.: B 1 KR 12/12 R; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.10.2013, Az.: L 13 R 2947/12; Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, § 15 Rn. 3). Bestätigt wird dieses enge Verständnis durch die systematische Stellung des § 13 Abs. 3a SGB V innerhalb des § 13, der bisher ausschließlich sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche geregelt hatte (ebenso HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15; Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70). Die dort erfassten Kostenerstattungsansprüche setzen jeweils voraus, dass die selbstbeschaffte Krankenbehandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 04. April 2006, Az.: B 1 KR 12/05 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 53, zu § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V; BSG, Urteil vom 25.09.2000, Az.: B 1 KR 5/99 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 29, in Bezug auf § 13 Abs. 2 SGB V; zu § 13 Abs. 4 u. 5. vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 19/08 R). Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von § 13 Abs. 3a S. 6 und 7 SGB V abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft (so auch HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15). Nur so wird schließlich die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V verständlich. Da nach dem Gesetzentwurf sowohl der jetzige § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V als auch § 15 Abs. 1 SGB XI sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelungen vorsahen, war zur Vermeidung von doppelten Anspruchsgrundlagen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Ausschluss des § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V angezeigt. Jedenfalls bedurfte es wegen der Vorschrift des § 15 Abs. 1 SGB IX keiner Schaffung einer weiteren Anspruchsgrundlage. Im Ergebnis ist damit § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V in seiner Reichweite beschränkt (zuletzt ausführlich SG Dortmund, Urteil vom 23.05.2016, Az.: S 40 KR 672/15). Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Auslegung des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V. Denn es finden sich weder Anhaltspunkte in der Begründung, dass der S. 6 eine weitergehende Reichweite haben sollte, noch finden sich sachliche Gründe für eine unterschiedliche Behandlung von S. 6 und S. 7. Vielmehr ist zur Vermeidung von Wertungswidersprüchen S. 6 einschränkend auszulegen. (b) Die dagegen erhobenen Einwände greifen nicht durch. Aus der Einfügung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V durch den Ausschuss für Gesundheit folgt nichts anderes. Es lässt sich der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit nichts entnehmen, dass für eine Leistungsausweitung im Rahmen von S. 6 sprechen würde. Damit sollte einerseits gerade nicht von der grundsätzlichen gesetzgeberischen Konstruktion abgewichen werden (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 29 f.). Andererseits wird in diesem Zusammenhang nochmals klar auf einen Sachleistungsanspruch Bezug genommen, wenn dort ausgeführt wird, dass sich der Versicherte die ihm "zustehende" Leistung zeitnah selbst beschaffen kann (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 30). Sinn der Regelung des S. 6 war es, den Versicherten ohne eine zusätzliche Fristsetzung die Beschaffung der ihnen zustehenden Leistungen zu ermöglichen (zutreffend HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15). An keinerlei Stelle lässt sich entnehmen, dass gleichzeitig eine Leistungsausweitung intendiert war (vgl. HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14). Dies wäre aber zu erwarten gewesen, insbesondere weil die übrigen, auf den Sachleistungsanspruch bezogenen Regelung (S. 7 und S. 9) unverändert beibehalten worden sind. Dem engen Verständnis steht das Ziel des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das Genehmigungsverfahren im Interesse der Patienten zu beschleunigen, nicht entgegen (so

aber z.B. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14). Dieses Ziel ist der Gesetzesbegründung zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes (siehe BT-Drucks. 17/10488, S. 32) entnommen. Der gleiche Gesetzesentwurf sieht aber eine Genehmigungsfiktion nicht vor. Vielmehr suchte der Gesetzgeber das Ziel der Verfahrensbeschleunigung durch die Schaffung eines Kostenerstattungsanspruches, der als sachleistungsersetzender Anspruch konstruiert war, zu erreichen. Die Beschleunigung des Verfahrens sollte allein durch die konkret geregelte Frist und die Möglichkeit der Beschaffung der Leistungen – auch auf privatärztlicher Basis – nach Fristablauf erreicht werden. Es überzeugt daher nicht, wenn der Gesetzeszweck der Verfahrensbeschleunigung nunmehr zur Auslegung der Genehmigungsfiktion herangezogen wird, wenn nicht einmal der ursprüngliche Gesetzesentwurf zur Zweckerreichung eine solch weitgehende Regelung für erforderlich gehalten hat. Das hat gleichfalls für das Argument zu gelten, dass die Sanktionswirkung der Vorschrift ein weites Verständnis erfordere (so wohl BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R). Die dahinterstehende Deutung ist nach Ansicht der Kammer zumindest irreführend (kritisch auch Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70.2). Der entsprechende Gesetzesentwurf, der dieser Aussage zugrunde lag, sah lediglich eine sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelung vor. Eine Genehmigungsfiktion war nicht aufgenommen worden. Die angestrebte Sanktionswirkung taugt mithin nicht zur Auslegung der Genehmigungsfiktion. Dagegen lässt sich der Begründung des Ausschusses, der später die Genehmigungsfiktion ins Gesetz eingeführt hatte, keinerlei Sanktionsgedanke entnehmen (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 29 f.). Darüber hinaus sollte offenbar die Sanktionswirkung darin bestehen, dass die Krankenkasse entsprechend der Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) Abrechnungen anhand der GoÄ oder GoZ auszugleichen hat, die i.d.R. deutlich über den Positionen nach dem EBM liegen. Anhaltspunkte für eine weitergehende Sanktionswirkung finden sich auch in der ursprünglichen Begründung nicht. Die weite Auslegung überzeugt auch deshalb nicht, weil das Verhältnis zu § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht geklärt wird. Dabei vermag die Beschränkung des S. 9 auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 11 Abs. 2 S. 1, 40 f. SGB V schon nicht zu überzeugen (so wohl BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R). Die Abgrenzung hat vielmehr im Verhältnis von §§ 14 f. SGB IX zu § 13 Abs. 3a SGB V zu erfolgen. Leistungen, die unter § 14 SGB IX fallen, sind dem Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a gänzlich entzogen (vgl. SG Stralsund, Beschluss vom 07.04.2014, Az.: S 3 KR 112/13; SG Dortmund, Beschluss vom 16.07.2014, Az.: S 40 KR 742/14 ER; SG Dortmund, Urteil vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 518/14). Da § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V ebenso wie § 15 SGB IX nur einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch vorgesehen hatte, wurde mit S. 9 eine Abgrenzung zugunsten von § 15 Abs. 1 SGB IX vorgenommen. Durch die Einfügung von S. 6 ist insoweit keine Änderung des Regelungszwecks intendiert worden. Gegenteiliges lässt sich weder dem Wortlaut noch der Begründung des Ausschusses entnehmen. Selbst wenn man aber der Begrenzung des BSG folgen würde, lässt sich der Entscheidung des BSG an keiner Stelle ein sachlicher Grund für die dadurch bewirkte unterschiedliche Behandlung entnehmen (kritisch auch Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 70). Danach können sich nämlich Antragsteller, die z.B. Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V begehren, nicht auf § 13 Abs. 3a SGB V stützen und sind mithin auf den ursprünglichen Sachleistungsanspruch beschränkt, ohne dass ersichtlich wäre, inwiefern diese unterschiedliche Behandlung zu sonstigen Sachleistungen gerechtfertigt wäre. Schließlich geht das Argument, dass die einschränkende Auslegung – u.a. der hiesigen Kammer – zu einem Verstoß gegen Art. 3 des Grundgesetzes führe (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14), ins Leere. Schon grundsätzlich ist nicht erkennbar, inwiefern eine Ungleichbehandlung vorliegen soll. Denn nach der Rechtsprechung der Kammer haben

sowohl § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V als auch § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V jeweils die gleiche beschränkte Reichweite (siehe SG Dortmund, Urteile vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 5118/14 sowie S 40 KR 759/14). Es kommt hinzu, dass der Umstand, dass Mittellose von der Möglichkeit der Selbstbeschaffung ausgeschlossen sind, auch bei anderen Kostenerstattungsansprüchen grundsätzlich gegeben ist. Beispielhaft kann insoweit auf § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V verwiesen werden, der schon generell nur eine Kostenerstattung regelt und keinen Sachleistungsanspruch vorsieht, obwohl dies gerade bei unaufschiebbaren Leistungen nicht unproblematisch erscheint. Gleichwohl ist keine Entscheidung der hiesigen 8. Kammer oder des 5. Senats des LSG NRW bekannt, wo vergleichbare verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht worden wären (kritisch daher zu Recht Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 70). Dem liegt letztlich zugrunde, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass Mittellose von den Möglichkeiten der Kostenerstattung gegebenenfalls ausgeschlossen sind (vgl. Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70.2). Grundsätzlich erbringt die Krankenkasse nämlich eine Sachleistung (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V). Kostenerstattungsansprüche sind demgegenüber die Ausnahme (vgl. § 13 Abs. 1 SGB V). Der Sachleistungsanspruch besteht aber in jedem Fall – unabhängig von der Möglichkeit der Kostenerstattung – und kann gegebenenfalls im Rahmen eines gerichtlichen Eilverfahrens durchgesetzt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese gesetzliche Konstruktion den verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht gerecht wird. Das Argument spricht denn auch eher für, denn gegen eine einschränkende Auslegung. Es sollte nämlich gerade eine Parallelität zu § 13 Abs. 3 SGB V gewährleistet werden (Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 70). Bei der hiesigen einengenden Auslegung läuft die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nicht leer. Einerseits verhindert die Vorschrift gleichwohl, dass sich die Krankenkasse auf die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges berufen kann. Andererseits kann sich der Versicherte bereits nach Ablauf von nur drei Wochen die Leistung selbst besorgen bzw. von der Kasse die Versorgung verlangen, soweit ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestünde. Eines Widerspruchsverfahrens bedürfte es u.a. nicht mehr. Genau diese beiden Umstände waren aber Anlass für die Schaffung des § 13 Abs. 3a SGB V (vgl. Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 71). Sinn und Zweck der Regelung war es aber nicht, den Versicherten bei einer Selbstbeschaffung von jeglichem Kostenrisiko freizustellen. Ebenso wenig war Sinn und Zweck der Vorschrift, den Versicherten im Wege der Genehmigungsfiktion Leistungen zu gewähren, die über den ursprünglichen Sachleistungsanspruch hinausgehen (ebenso Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 73 mit Verweis auf sonst mögliche Ansprüche auf lebensgefährliche Alternativbehandlungen oder inkompetente Leistungserbringer, wofür die Gesetzesbegründung keinerlei Anhaltspunkte gibt). Soweit das BSG schließlich die Ansicht zu vertreten scheint, dass der fingierten Genehmigung nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V eine weiterreichende Wirkung zukomme als einer rechtswidrig erteilten, ausdrücklichen Genehmigungsentscheidung der Krankenkasse, finden sich dazu keinerlei Anhaltspunkte im Wortlaut oder in der Gesetzesbegründung. Das BSG bezieht sich bei der Auslegung der Vorschrift zutreffend auf § 42a VwVfG. Dort ist aber unstrittig, dass eine Aufhebung nach § 48 ff. VwVfG möglich ist, soweit die fiktive Genehmigung rechtswidrig ist (vgl. nur Stelkens, in: Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 8. Aufl., § 42a Rn. 60 ff.). Die vom BSG insoweit vorgenommene Auslegung stellt Versicherte, die sich auf die Vorschrift des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V wegen des Fristablaufes berufen können, besser als Empfänger von positiven, rechtswidrigen Genehmigungsentscheidungen, bei denen eine Aufhebung nach § 45, 48 SGB X möglich bleibt. Dies ist nichts anderes als eine sachlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung nach Art. 3 Abs. 1 GG. 2. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183 S. 1, 193 Abs. 1 S. 1
