
Datum: 12.12.2016
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 49. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 49 KR 463/16
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2016:1212.S49KR463.16.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 29.09.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.03.2016 verurteilt, der Kläge-rin die Durchführung von zwei postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen in Form eines zirkulären unteren Bodylifts sowie einer Bruststraffung mit Implantaten beidseits als Sachleistung zu gewähren. 2. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Kläge-rin.

Tatbestand:	1
Die Beteiligten streiten über die Gewährung von zwei postbariatrischen Wiederherstellungsoperation in der Form eines zirkulären unteren Bodylifts und einer Bruststraffung mit Implantaten beidseits als Sachleistung.	2
Bei der 1989 geborenen und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Klägerin wurde im Jahr 2012 eine Magenoperation durchgeführt. Ihr damaliges Körpergewicht betrug 130 kg.	3
Mit Schreiben vom 20.07.2015, das der Beklagten am 23.07.2015 zugeing, beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für postbariatrische Operationen unter Bezugnahme auf die beigefügten ärztlichen Bescheinigungen von Frau Dr. T, Fachärztin für Allgemeinmedizin, sowie der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des St. N E. Frau Dr. T schil-derte mit Bescheinigung vom 16.07.2015, dass die Klägerin unter Berücksichtigung ihrer seit der	4

Kindheit bestehenden Gewichtsprobleme nach der Operation sowie durch eine Lebensumstellung, Sport und bewusste Ernährung einen Gewichtsverlust um 53 kg binnen sechs Monaten erreichen konnte. Seit zwei Jahren betrage ihr konstantes Gewicht 77 kg bei einer Körpergröße von 1,77 m. Durch den Gewichtsverlust sei ein Hautüberschuss von 20 cm entstanden. In den Hautfalten im Bereich des Bauches, der Achseln, unter der hängenden Brust, der Leisten und der Oberschenkel komme es ständig zu Infektionen. Im Bereich des Abdomens, des Gesäßes und der Oberschenkel sei eine Entwicklung von Ekzemen zu beobachten. Eine chirurgische Korrektur sei daher empfehlenswert. Mit ärztlicher Bescheinigung vom 10.06.2015 empfahlen die behandelnden Ärzte des St. N E ein zirkuläres unteres Bodylift sowie eine Bruststraffung mit Implantaten. Im Bereich des Ober- und Unterbauches sei es zu einer Faltenbildung mit Fettschürzenüberhang von 2 cm im Umschlagsfaltenbereich gekommen. Es bestehe ein lateraler Hautüberschuss von 20 cm. Es sei eine Hyperpigmentierung, ohne Mazerationen oder Ekzeme, festzustellen. Es liege eine eingeschränkte Hüftbeugung bei Hautfaltenduplikatur vor. Es bestehe eine Indikation für die empfohlenen Operationen wegen einer ausgeprägten statisch-muskulären Dysbalance des Rumpfes.

Dadurch komme es zu einer permanenten Fehlbelastung des Achsenorgans, welche unbehandelt zu einer altersvoraussetzenden Minderung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit führe. Adäquate konservative Therapien stünden nicht zur Verfügung und würden sich sogar kontraproduktiv auswirken. Es liege im Ergebnis eine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne der GKV vor.

5

Mit Schreiben vom 30.07.2015 forderte die Beklagte die Klägerin zur Übersendung eines Berichts ihres Dermatologen, einer Schilderung ihrer Selbstmaßnahmen bezüglich der Hautprobleme sowie einer persönlichen Stellungnahme zu den körperlichen Beschwerden mitsamt einer Fotodokumentation für eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf. Am 24.08.2015 übersandte die Mutter der Klägerin eine Fotodokumentation als E-Mail-Anhang. Ebenfalls noch am 24.08.2015 beauftragte die Beklagte den MDK mit der Begutachtung. In einer E-Mail an die Mutter der Klägerin vom 16.09.2015 teilte sie mit, dass ein Untersuchungstermin beim MDK am 24.09.2015 vorgesehen sei. Mit Gutachten vom 28.09.2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die deutlich erschlafften Hautareale im Bereich von Bauch und Brust keinen Krankheitswert aufweisen würden. Hinsichtlich der Brust seien beidseits Drüsenkörper tastbar, so dass ein krankhafter Befund im Sinne der GKV nicht bestehe. Die überschüssige Haut im Bauchbereich könne mit Unterwäsche komplett umschlossen werden, so dass eine Entstellung nicht vorliege. Therapiefraktäre Hautveränderungen oder Funktionshindernisse beim Sitzen und Laufen seien weder im Bauch- noch im Oberschenkelbereich feststellbar.

6

Mit Bescheid vom 29.09.2015 lehnte die Beklagte eine Durchführung der beantragten Operationen unter Bezugnahme auf das Gutachten des MDK ab. Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin am 06.10.2015 Widerspruch ein. Unter Bezugnahme auf eine ärztliche Bescheinigung von Dr. T vom St. N E vom 14.10.2015 stelle bereits die geschilderte Hautproblematik, welche bei postbariatrischen Patienten typisch sei, eine behandlungsbedürftige Erkrankung des Organs Haut dar. Damit bestehe auch eine Operationsindikation. Zudem entstünden im Bereich des Gesäßes vor allem beim Liegen und Sitzen einschränkende Schmerzen.

7

Die Beklagte holte daraufhin am 18.12.2015 ein erneutes MDK-Gutachten nach Aktenlage ein. Der MDK verblieb bei seiner Auffassung, dass keine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne der GKV vorliege. Therapieresistente Ekzeme seien weiterhin nicht feststellbar. Die

8

Brusterschlaffung sei bei der bestehenden Körbchengröße A mit einem BH behebbar. Ferner bestehe keine übermäßige Hauterschlaffung an den Bauchdecken. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.03.2016 wies die Beklagte den Widerspruch unter Bezugnahme auf die beiden Gutachten des MDK als unbegründet zurück.

Mit ihrer am 01.04.2016 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Bewilligung der beantragten Operationen als Sachleistung weiter. Ihr stehe ein Leistungsanspruch zu, weil die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.03.2016 (Az.: B 1 KR 25/15 R) eingetreten sei. Leistungen der postbariatrischen Wiederherstellungschirurgie seien der Genehmigungsfiktion zugänglich, weil diese nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen würden. Aufgrund der Einschätzung der Ärzte durfte sie die beantragten Operationen auch subjektiv für erforderlich halten. Darüber hinaus sei sie nicht über die Nichteinhaltung der Frist nach § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V informiert worden. 9

Die Klägerin beantragt, 10

den Bescheid der Beklagten vom 29.09.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.03.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Durchführung von zwei postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen in Form eines zirkulären unteren Bodylifts sowie einer Bruststraffung mit Implantaten beidseits als Sachleistung zu gewähren. 11

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Unter Bezugnahme auf die Gutachten des MDK bestehe keine medizinische Indikation für die begehrten Operationen. Dem Eintritt der Genehmigungsfiktion stehe bereits entgegen, dass die Hemmung der Bearbeitungsfrist auf eine Verzögerung bei der Vorlage der erforderlichen Unterlagen durch die Mutter der Klägerin zurückzuführen sei. Ferner sei der Klägerin durch die Einladung zur körperlichen Untersuchung für den 24.09.2015 bekannt gewesen, dass vorher keine Entscheidung zu erwarten sei. 14

Sowohl durch die Anforderung der fehlenden Unterlagen als auch durch die Einbestellung zur Begutachtung sei die Klägerin hinreichend auf eine Verzögerung bei der Bearbeitung hingewiesen worden. Nach Eingang des MDK-Gutachtens am 29.09.2015 sei die Klägerin unverzüglich telefonisch und schriftlich über das Ergebnis informiert worden. Da eine schnellere Bearbeitung im vorliegenden Einzelfall nicht möglich gewesen sei, sei zu berücksichtigen, dass die Beklagte andernfalls zur bloßen Fristwahrung in vergleichbaren Fällen ein Ablehnungsbescheid erlassen müsste, um den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu vereiteln. Dies könne nicht Ziel des Gesetzgebers gewesen sein. 15

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten. Diese haben dem Gericht vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung sowie der Entscheidungsfindung. 16

Entscheidungsgründe: 17

Die Klage ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 29.09.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.10.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, weil sie einen Anspruch auf die begehrten operativen Eingriffe als 18

Sachleistung hat.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1, 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG). 19

Die Klägerin hat nach Auffassung der Kammer einen Anspruch auf Gewährung der begehrten postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung aus § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V, da insoweit die gesetzliche Genehmigungsfiktion eingetreten ist. 20

Nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V hat eine 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. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten nach § 13 Abs. 3a S. 2 SGB V. 21

Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a S. 3 SGB V). Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitzuteilen gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V. Entsprechend des Regelungszwecks, Bewilligungsverfahren zu beschleunigen und nicht hinreichend begründete Verzögerungen zu sanktionieren, genügt eine Krankenkasse ihrer Mitteilungspflicht, wenn sie mindestens einen hinreichenden Grund schriftlich angibt. Ein solcher bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, tagesgenau anzugebende Dauer des Bestehens, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, zit. nach juris). 22

Die von der Klägerin beantragten Operationen gelten in diesem Sinne wegen Fristablaufs als genehmigt. Die Klägerin ist bei der Beklagten versichert und damit grundsätzlich leistungsberechtigt. 23

Da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen vgl. § 42a Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG). Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – (SGB X) hinreichend bestimmt ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 23, zit. nach juris). 24

Dies ist hier der Fall. Unter Vorlage des ärztlichen Attestes von Frau Dr. T und der Bescheinigung des St. N E, welche explizit die Durchführung eines zirkulären unteren Bodylifts sowie einer Bruststraffung mit Implantaten beidseits als durchzuführende Maßnahmen benennt, stellte die Klägerin einen hinreichend bestimmten Antrag auf Gewährung dieser Eingriffe. 25

Die Kammer ist auch davon überzeugt, dass sie diese Leistungen subjektiv für erforderlich halten durfte und sowohl das zirkuläre untere Bodylift als auch die Bruststraffung mit Implantaten beidseits im Rahmen einer operativen postbariatrischen Versorgung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. 26

Diese Einschränkungen der Genehmigungsfiktion werden zwar nicht ausdrücklich normiert, ergeben sich aber aus dem Wortlaut, demzufolge sich die Leistungsberechtigten eine "erforderliche" Leistung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V selbst beschaffen können. Einerseits 27

soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem er Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, zit. nach juris).

Zur Überzeugung der Kammer durfte die Klägerin die beantragten Operationen subjektiv für erforderlich halten. Dies folgt zum einen aus dem Umstand, dass bereits aus Sicht der Beklagten die Durchführung einer MDK-Begutachtung erforderlich erschien, was bei einer offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegenden Leistung sicherlich nicht erforderlich gewesen wäre sowie zum anderen aus der Vielzahl teilweise divergierender Entscheidungen der Sozialgerichte hinsichtlich der Durchführung postbariatrischer Wiederherstellungsoperationen (so auch Sozialgericht (SG München, Urteil vom 01.09.2016, Az.: S 3 KR 590/14, Rn. 27 m.w.N. zit nach juris). Darüber hinaus haben die behandelnden Ärzte auch die Alternativlosigkeit der beantragten Operationen dargestellt. Es handelt sich gerade nicht um eine Fallgestaltung, wonach die Krankenkasse unter keinem Gesichtspunkt sachlich zuständig ist, eine systemfremde Leistung begehrt wird oder der gestellte Antrag willkürlich oder querulatorisch ist. 28

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 1 SGB V, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist schriftlich mitzuteilen. Der Antrag ist ihr am 23.07.2015 zugegangen. Fristbeginn war damit der 24.07.2015 gemäß § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Der Ablauf der Drei-Wochen-Frist ist damit am 13.08.2014 gemäß § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB eingetreten. Die Frist von drei Wochen ist maßgeblich, wenn die Beklagte die Klägerin nicht über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme unterrichtet. Ohne diese gebotene Information kann der Leistungsberechtigte nach Ablauf von drei Wochen annehmen, dass der Antrag als genehmigt gilt. 29

Unter Auslegung des Schreibens der Beklagten vom 30.07.2015 nach §§ 133, 157 BGB geht die Kammer davon aus, dass die Klägerin neben der Anforderung weiterer Unterlagen auch über die Einschaltung des MDK fristgerecht informiert worden ist. Entscheidend ist daher die Einhaltung der Fünf-Wochen-Frist wegen der Einholung des Gutachtens nach § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V. Diese endete am 27.08.2015 gemäß § 26 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB und ist unter Beachtung des Ablehnungsbescheides vom 29.09.2015 nicht eingehalten worden. 30

Die Kammer ist der Auffassung, dass die Frist weder durch das Schreiben zur Anforderungen weiterer Unterlagen vom 30.07.2015 noch durch die an die Mutter der Klägerin gerichtete E-Mail vom 16.09.2015, mit der ein Untersuchungstermin beim MDK für den 24.09.2015 mitgeteilt wurde, bis zum 29.09.2015 verlängert wurde. 31

Die Beklagte hätte zur Erreichung einer Fristverlängerung zwingend vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten werde und hierfür Gründe benennen müssen. Dies wäre vor allem deshalb erforderlich gewesen, weil die Hinweispflicht der Krankenkasse eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach § 13 Abs. 3a S. 6 und 7 SGB V einnimmt. Normzweck ist es, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig ist. Indem der Gesetzgeber zudem ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut die Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist fordert, knüpft er damit an die Warnfunktion der Vorschrift an (vgl. SG München, Urteil vom 01.09.2016, Az.: S 3 KR 590/14, Rn. 25 m.w.N. zit. nach juris). 32

Die Anforderung fachärztlicher Berichte eines Dermatologen und einer Fotodokumentation für die geschilderten dermatologischen Probleme stellt einen hinreichenden Grund dar, der die Frist verlängern kann. Allerdings enthält das Anforderungsschreiben vom 30.07.2015 weder die Festsetzung eines neuen Fristendes unter Benennung eines Enddatums noch wird in diesem Schreiben ein Bezug zur Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V hergestellt. Die Warnfunktion wird damit gerade nicht eingehalten. Selbst wenn man wegen der Nichtabsehbarkeit der Einreichung der Unterlagen in diesem Einzelfall von der Festsetzung eines Fristendes absieht, ist zu berücksichtigen, dass der Beklagten spätestens am 24.08.2015 bekannt war, dass neben der Fotodokumentation keine weiteren Unterlagen eingereicht werden. Aus diesem Grund beauftragte sie am 24.08.2015 auch den MDK mit der Begutachtung. Erst am 16.09.2015 teilte die Beklagte den Untersuchungstermin für den 24.09.2015 mit. Diese E-Mail enthielt wieder keinen Hinweis auf die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V, keine Mitteilung für den verzögerten Untersuchungstermin und auch keine taggenaue Verlängerungs- bzw. Entscheidungsfrist. Die Beklagte hätte also die Bearbeitungsfrist ausgehend vom Eingang der Unterlagen am 24.08.2015 und der Erteilung des Begutachtungsauftrags längstens um fünf Wochen beginnend zum 25.08.2015 verlängern können. Fristende wäre dann am 28.09.2015 eingetreten. Spätestens mit Ablauf des 28.09.2015 gelten die beantragten postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen daher als genehmigt gem. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V.

33

Zur Überzeugung der Kammer geht mit der Genehmigungsfiktion auch ein Anspruch auf Gewährung dieser Eingriffe als Sachleistung einher. Bereits das BSG hat ausgeführt, dass der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion unter Beachtung von Sinn und Zweck der Regelung auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ermöglichen soll, ihren Anspruch zu realisieren (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, zit. nach juris). Dies ist allein über die Bewilligung als Sachleistung sicherzustellen. Eine Beschränkung auf einen bloßen Kostenerstattungsanspruch ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Bestätigt wird die Herleitung eines Sachleistungsanspruchs über § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V auch durch den Umstand, dass diesem andernfalls keine eigenständige Bedeutung gegenüber dem Kostenerstattungsanspruch aus Satz 7 zukommen würde. Dies entspricht auch der Gesetzgebungshistorie, da zunächst vom Gesetzgeber lediglich die Einführung eines Erstattungsanspruchs beabsichtigt war (vgl. Entwurf für ein Patientenrechtegesetz, BT-Drs. 312/12, S. 46; BT-Drs. 17/10488, S. 32).

34

Die fingierte Genehmigung hat sich auch nicht erledigt. Der angefochtene Bescheid der Beklagten lässt die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion unberührt, da die Ablehnung der Leistung im Sinne der §§ 45, 47 SGB X weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf der fingierten Genehmigung regelt (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, zit. nach juris).

35

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG und trägt dem Obsiegen der Klägerin Rechnung. Die Berufung ist gemäß § 144 Abs. 1 SGG zulässig. Der Berufungsstreitwert von 750,00 EUR wird bei den zu erwartenden Kosten der streitgegenständlichen postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen offensichtlich erreicht.

36