# Sozialgericht Düsseldorf, S 27 KR 112/15

| | |
|---|---|
| **Datum:** | 03.11.2016 |
| **Gericht:** | Sozialgericht Düsseldorf |
| **Spruchkörper:** | 27. Kammer |
| **Entscheidungsart:** | Urteil |
| **Aktenzeichen:** | S 27 KR 112/15 |
| **ECLI:** | ECLI:DE:SGD:2016:1103.S27KR112.15.00 |

| | |
|---|---|
| **Sachgebiet:** | Krankenversicherung |
| **Rechtskraft:** | nicht rechtskräftig |

**Tenor:**

Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 05.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.201 verurteilt, die Kosten für eine Gesäß-, Oberarminnen- und Bruststraffungsoperation nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu übernehmen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand: 1

Zwischen den Beteiligten ist der Eintritt einer Genehmigungsfiktion umstritten. 2

Die am 00.00.1965 geborene Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse versichert. Dort beantragte sie am 28.11.2014 die Kostenübernahme für Wiederherstellungsoperationen nach Gewichtsabnahme in Folge einer Magen-Bypass-Operation. Sie überreichte eine die Operationen befürwortende Stellungnahme von C1 vom N Krankenhaus T2 H C2/S1-T2 vom 18.11.2014. Danach bestehen bei der Klägerin hängende Haut-/Weichteilschürzen in folgenden Bereichen: Ober- und Unterbauch, Gesäß, Oberschenkelinnenseiten und Oberarme, zudem seien ptotische, "leere" Mammae nach massivem Gewichtsverlust von 70 kg gegeben. Als Therapie empfehle er eine Bauch- und Gesäßstraffung mittels Dermolipektomie im Sinne eines unteren Bodylift, eine Oberschenkel- und Oberarmstraffung mittels Dermolipektomie im Bereich Oberschenkel und Oberarminnenseite sowie eine Bruststraffung. Die Beklagte veranlasste ein sozialmedizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), worüber sie die Klägerin unter dem 27.11.2014 unterrichtete und darauf verwies, dass die Bearbeitung noch andauere. Auch 3

anlässlich der Anforderung einer Fotodokumentation der zu straffenden Körperareale über den MDK unterrichtete die Beklagte über die noch andauernde Bearbeitung. Unter dem 27.01.2015 führte X1 für den MDK aus, die Beklagte solle die Kosten für die gewünschten Operationen nicht übernehmen. Die Hautüberschüsse hätten kein krankheitswertiges Ausmaß. Es ergäben sich keine Hinweise auf rezidivierende intertriginöse Hautveränderungen, die über wenigstens 6 – 8 Wochen frustran fachdermatologisch behandelt worden seien. In der ärztlichen Bescheinigung aus dem N-Krankenhaus werde ausdrücklich erwähnt, dass zu diesem Zeitpunkt keine entzündlichen Hautveränderungen im Bereich des Ober- und Unterbauches vorgelegen hätten. Diesem Gutachten folgend lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Straffungsoperationen mit Bescheid vom 05.02.2015 ab.

Bereits am 06.02.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. 4

Erst danach hat die Klägerin dem Ablehnungsbescheid vom 05.02.2015 widersprochen. Sie hat eine Bescheinigung des E-Krankenhauses X2 vom 12.02.2015 überreicht, wonach eine langfristige und suffiziente Beseitigung der dermatologischen sowie funktionellen Problematik ausschließlich durch eine chirurgische Maßnahme zu erzielen sei. Auch der Orthopäde X3 hat die Straffungsoperationen empfohlen, andernfalls würden orthopädische Probleme auftreten (Attest vom 11.02.2015). 5

Diesen Widerspruch hat die Beklagte zum Anlass genommen, vom MDK ein weiteres Gutachten erstellen zu lassen. S2 hat unter dem 01.06.2015 empfohlen, die Kosten für die Oberschenkel- sowie die Bauchdeckenstraffungsoperationen zu übernehmen, hier seien funktionelle Einschränkungen wegen der Pendelbewegungen (der Hautüberschüsse) beim Gehen nachvollziehbar. Im Übrigen seien die Hautüberschüsse aber ohne Krankheitswert. Mit Widerspruchsbescheid vom 23.07.2015 hat die Beklagte die Kosten für die operative Oberschenkel- und Bauchdeckenstraffung übernommen, den Widerspruch aber im Übrigen unter Bezugnahme auf das Gutachten von S2 zurückgewiesen. 6

Die Klägerin ist der Auffassung, die beantragten Wiederherstellungsoperationen gelten nach Überschreitung der Entscheidungsfrist als genehmigt. Der Eintritt dieser Rechtsfolge werde durch zahlreiche Urteile bestätigt, auch das Bundessozialgericht (BSG) habe diese Rechtsprechung mit Urteil vom 08.03.2016 (Az. B 1 KR 25/15 R) bestätigt. 7

Die Klägerin beantragt, 8

die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 05.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.2015 zu verurteilen, ihr – auf Grund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V – Gesäß-, Oberarminnen- und Bruststraffungsoperationen als Sachleistung zu gewähren. 9

Die Beklagte beantragt, 10

die Klage abzuweisen. 11

Sie hält an der getroffenen Entscheidung fest. Die von der Klägerin geltend gemachte Genehmigungsfiktion greife nicht. Sie habe die Klägerin rechtzeitig über die Einschaltung des MDK sowie den Umstand, dass die Bearbeitung des Antrages noch Zeit in Anspruch nehme, unterrichtet. Ferner habe die Klägerin die vom MDK für die Begutachtung erbetene Fotodokumentation trotz Anforderung bereits am 11.12.2014 erst am 08.01.2015 zur Verfügung gestellt. Unabhängig hiervon erweitere die Fiktion nicht den Leistungsrahmen der 12

Gesetzlichen Krankenversicherung. Es müsse ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründendem Umstand und dem Nachteil des Versicherten bestehen. Diese Kausalität liege aber nur vor, wenn die Krankenkasse die begehrte Sachleistung hätte erbringen müssen und sie über den darauf gerichteten Leistungsantrag nicht rechtzeitig entschieden hat. Dafür spreche auch, dass § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V den Anspruch auf die "erforderlichen Leistungen" beschränke, also auf das Maß des Notwendigen und die Erforderlichkeit im Einzelfall nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die noch streitigen Wiederherstellungsoperationen seien aber nach den Gutachten des MDK nicht erforderlich. Außerdem stehe zu dem hier geltend gemachten Sachleistungsanspruch nach Genehmigungsfiktion noch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) aus, die bisherige Rechtsprechung beziehe sich nur auf die Kostenerstattung.

Im Übrigen wird wegen des weiteren Sach- und Streitstandes auf die Gerichts- sowie die von der Beklagten beigezogene Verwaltungsakte Bezug genommen. Diese Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 13

Entscheidungsgründe: 14

Die Klage ist zulässig und begründet. 15

Der Bescheid der Beklagten vom 05.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.07.2015 beschwert die Klägerin nach § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) insoweit, als die Beklagte – nach Teilabhilfe mit Widerspruchsbescheid vom 23.07.2015 – der Klägerin nicht die Kostenzusage für die begehrte Gesäß-, Oberarminnen- und Bruststraffungsoperationen erteilt hat. Dies folgt aus § 13 Abs. 3a SGB V. Nach Satz 1 der Vorschrift 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. Satz 5 bestimmt, dass die Krankenkassen den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilt, wenn sie diese Frist nicht einhalten kann. Das erfordert die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes unter taggenauer Angabe des prognostizierten Bestehens des Grundes; nur dann bewirkt die Krankenkasse, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 20 bei Juris). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß Satz 6 als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, so ist die Krankenkasse nach Satz 7 zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. 16

Ausgehend von diesen Grundsätzen steht der Klägerin nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V der geltend gemachte Sachleistungsanspruch zu. Die Beklagte hat zunächst nicht die Entscheidungsfrist aus § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V eingehalten. Sie hat – nach Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme durch den MDK – nicht binnen 5 Wochen über den hinreichend bestimmten Antrag der Klägerin entschieden. Der Antrag der Klägerin datiert auf den 28.11.2014, der Ablehnungsbescheid der Beklagten auf den 05.02.2015. Die Beklagte hat der Klägerin auch nicht im Sinne von Satz 5 der Vorschrift rechtzeitig schriftlich und unter Darlegung der Gründe mitgeteilt, dass sie die 5-Wochen-Frist nicht einhalten kann. Sie hat die Klägerin lediglich unter dem 27.11.2014 über die Einschaltung des MDK sowie über die noch andauernde Bearbeitung unterrichtet, ohne aber die Klägerin über die – taggenaue – Fristüberschreitung und deren Gründe zu informieren. Auch ergibt sich nichts anderes daraus, dass die Klägerin durch die verzögerte Übersendung der vom MDK für die Begutachtung erforderlich gehaltenen Fotodokumentation die Fristüberschreitung mitbewirkt 17

hat. Insoweit hätte die Beklagte den Eintritt der Genehmigungsfiktion nur verhindern können, wenn sie die Klägerin über die hierdurch bedingte Verzögerung unterrichtet hätte, was nicht geschehen ist.

Rechtsfolge der Fristversäumung ist der Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V. Diese vermittelt der Klägerin den hier geltend gemachten Sachleistungsanspruch. Nach ihrem klaren Wortlaut gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch bzw. einen Kostenerstattungsanspruch für die erforderliche Leistung, der Versicherte ist also bei Eingreifen der Genehmigungsfiktion nicht auf den Weg der Selbstbeschaffung und Kostenerstattung beschränkt, ihm steht auch der Naturalleistungsanspruch zu (so ausdrücklich: BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 25 bei Juris). Eine Beschränkung auf den Kostenerstattungsanspruch hatte der Gesetzgeber zwar zunächst beabsichtigt, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtsgesetz (PatRechtG) ergibt (BR-Drucks. 312/12, S.46, siehe auch BT- Drucks. 17/10488, S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710 S.30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne den klaren Wortlaut auf einen Kostenerstattungsanspruch zu beschränken - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlösse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V aus (so ausdrücklich: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER; ebenso: BSG, a.a.O. und LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; SG Speyer, Urteil vom 09.07.2015 – S 17 KR 327/14; SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015 – S 24 KR 254/14; Urteil vom 18.06.2015 – S 3 KR 493/14; SG Gießen, Urteil vom 26.06.2015 – S 7 KR 429/14; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - S 21 KR 282/13; SG Nürnberg, Beschluss vom 25.03.2014 - S 7 KR 100/14 ER - und Urteil vom 27.03.2014 - S 7 KR 520/13; SG Koblenz, Urteil vom 23.03.2015 – S 13 KR 977/15; Noftz in Hauck/Haines, SGB V, § 13 S. 78g ff.). Letztlich würde aber auch nichts anderes gelten, wenn man § 13 Abs. 3 a SGB V auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkte. Denn dieser umfasst auch einen Anspruch auf Kostenfreistellung (LSG Nordrhein-Westfalen, a.a.O.; SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015, S 6 KR 160/13). 18

Schließlich besteht der (fingierte) Sachleistungsanspruch unabhängig davon, ob diese Behandlung den sonstigen Leistungsvoraussetzungen des SGB V genügt, hier insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V. Das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion hängt ausschließlich von der Nichteinhaltung der Frist oder der fehlenden schriftlichen Mitteilung der Nichteinhaltung der Frist ab, nicht dagegen von der Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots nach §§ 2 Abs. 1 S. 3, 12 Abs. 1 SGB V oder der sonstigen Voraussetzungen (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R; SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015 – S 24 KR 254/14; Urteil vom 18.06.2015 – S 3 KR 493/14; LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; SG Speyer, Urteil vom 09.07.2015 – S 17 KR 327/14; SG Koblenz, Urteil vom 23.03.2015 – S 13 KR 977/15; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER; a.A. aber immer noch: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.09.2016 - L 4 KR 320/16 B ER). Andernfalls würden der Sanktionscharakter und die Genehmigungsfiktion der Vorschrift leer laufen. Eine 19

Beschränkung auf den sonstigen Voraussetzungen des SGB V genügende Leistungen wäre mit dem Ziel der Gesetzesnovellierung nicht vereinbar, weil dieselbe Situation eintreten kann, wie sie vor der Einführung der Genehmigungsfiktion im Rahmen der Freistellung nach § 13 Abs. 3 SGB V bestanden hat, nämlich, dass der Anspruch auf die erforderliche Leistung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu überprüfen ist. Wenn Prüfungsumfang und Zeitdauer des Verfahrens durch eine nachträgliche Überprüfung praktisch wieder identisch mit den Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung werden, hätte die Neuregelung in der Praxis keine spürbar positiven Effekte für den Schutz der Patientenrechte (so ausdrücklich: LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; s.a. BSG, a.a.O.; SG Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015 – S 11 KR 2425/14).

Nichts anders folgt aus dem Hinweis der Beklagten, § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V beschränke den Erstattungsanspruch auf die "erforderlichen Leistungen". Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (BSG, a.a.O., Rn. 26 bei Juris). Einerseits soll – so das BSG – 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. Die Gesetzesmaterialien sprechen beispielhaft den Fall an, dass die Krankenkassen auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (BSG, a.a.O.). Hieran scheitert der Eintritt der Genehmigungsfiktion vorliegend nicht. Die Körperstraffungs- und Wiederherstellungsoperation ist keine Leistung, die für jeden Versicherten erkennbar außerhalb des Leistungskatalogs steht. 20

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 183, 193 SGG. 21

---

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE