

---

**Datum:** 05.02.2015  
**Gericht:** Sozialgericht Gelsenkirchen  
**Spruchkörper:** 17. Kammer  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** S 17 KR 524/14  
**ECLI:** ECLI:DE:SGGE:2015:0205.S17KR524.14.00

---

**Sachgebiet:** Krankenversicherung  
**Rechtskraft:** nicht rechtskräftig

---

**Tenor:**

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 02.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.08.2014 verurteilt, die Kosten für eine ambulante Liposuktion an den Beinen und Armen der Klägerin antragsgemäß zu übernehmen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

---

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten hinsichtlich der Kostenübernahme für eine ambulante Liposuktion an den Beinen und Armen der Klägerin. 2
- Den entsprechenden Antrag stellte die am 00.00.0000 geborene Klägerin bei der Beklagten am 25.05.2014. Die Beklagte hörte hierzu den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an, der mit Gutachten vom 25.06.2014 feststellte, es handle sich bei der begehrten Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems um eine außervertragliche Behandlung. Gründe, die es nach der Rechtsprechung rechtfertigen würden, die Kosten zu übernehmen, lägen nicht vor. Hierauf gestützt hat die Beklagte mit Bescheid vom 02.07.2014 die beantragte Leistung abgelehnt. Der Widerspruch der Klägerin vom 22.07.2014 ist durch den Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Bescheid vom 27.08.2014 zurückgewiesen worden. 3
- Mit der am 01.10.2014 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihren Anspruch weiter. 4

Die Durchführung einer ambulanten Liposuktion sei bei der Klägerin medizinisch notwendig und stelle für sie die einzige Behandlungsmethode dar, die ihr im Rahmen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung überhaupt noch helfen könne. Im Übrigen sei durch die Beklagte die Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht eingehalten worden. Da nicht innerhalb der im Gesetz genannten 5 Wochen-Frist über den Antrag der Klägerin entschieden worden sei und auch vor Ablauf der Frist kein Grund mitgeteilt worden sei, warum und weshalb die Frist nicht eingehalten werden könne, gelte der Antrag der Klägerin als genehmigt. 5

Die Klägerin beantragt, 6

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02.07.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.08.2014 zu ver-urteilen, die Kosten für eine ambulante Liposuktion an Beinen und Armen der Klägerin zu übernehmen. 7

Die Beklagte beantragt, 8

die Klage abzuweisen. 9

Sie bezieht sich zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide und ist der Auffassung, die geplante Liposuktion gelte auch nicht als genehmigt entsprechend § 13 Abs. 3a SGB V. Durch die Genehmigungsfiktion werde der Leistungsumfang der GKV nicht ausgeweitet; die beantragten Leistungen müssten zum Leistungskatalog gehören. Maßnahmen – wie hier die ambulante Liposuktion – für die kein Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliege, könnten dem-zufolge auch im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht durch die Krankenkasse übernommen werden. Die Krankenkasse schulde ihren Versicherten nur die zur Erkennung, Heilung, Eindämmung oder Linderung der Krankheit notwendigen und ausreichenden Leistungen. Ein Anspruch auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche Maßnahmen bestehe weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen, noch im Wege der Kostenerstattung (vgl. hierzu auch: Knispel, SGB 2014, 374 ff.). Auf die Entscheidungen des LSG Nordrhein-Westfalen vom 26.05.2014 – L 16 KR 154/14 BER und L 16 KR 155/14 B – werde verwiesen. 10

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze nebst Anlagen und die Verwaltungsakte der Beklagten, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung war, Bezug genommen. 11

Entscheidungsgründe: 12

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig und begründet. Die Beklagte war unter Aufhebung der entgegenstehenden anspruchsverneinenden Bescheide antragsgemäß zu verurteilen. Die Bescheide verletzen die Klägerin rechtswidrig in ihren Rechten, da ihr der geltend gemachte Anspruch als Sachleistungsanspruch aus § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V zusteht. 13

Insoweit ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die formalen Gründe zum Eintritt der Genehmigungsfiktion nach Ablauf der vom Gesetz vorgesehenen Fristen vorliegen. Nach der Rechtsprechung des 5. Senats des LSG NRW folgt hieraus nicht nur ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Selbstbeschaffung der begehrten Leistung, sondern auch der hier geltend gemachte Sachleistungsanspruch. Nach dieser Entscheidung vom 23.05.2014 (L 5 KR 222/14 B ER) ist durch die Fiktion der Genehmigung die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen (wie z. B. der Frage, ob 14

es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt und ob diese Leistung erforderlich im Sinne des § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V ist) ausgeschlossen. Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (vgl. LSG NRW, a. a. O., m. w. N.).

Die Kammer folgt insoweit nicht der abweichenden, von Knispel und ihm folgend dem 16. Senat des LSG NRW vertretenen Auffassung, dass die Genehmigungsfiktion nur dann eingreift, wenn eine grundsätzlich von der Kasse innerhalb des Leistungssystems der GKV geschuldete Leistung dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Unter Zugrundelegung dieser – auch von der Beklagten vertretenen – Auffassung würde die gesetzgeberische Intention zur Neuschaffung des § 13 Abs. 3a SGB V unterlaufen und es hätte durchaus bei der bisherigen Rechtslage verbleiben können. 15

Auch der GKV-Spitzenverband sieht die Neuregelung nicht derart einschränkend wie der 16. Senat des LSG NRW. Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben ein gemeinsames Rundschreiben vom 15.05.2013 herausgegeben, um die Neuregelung zu kommentieren und die Grundlage für eine einheitliche Anwendung durch die Krankenkassen zu schaffen. Das Rundschreiben legt für die Kas-sen bundeseinheitlich unter anderem fest, in welchen Fällen die Fristenregelung zur Leistungsgewährung nicht anzuwenden ist. Ein solcher Leistungsausschluss, wie hier von der Beklagten angewandt, findet sich in diesem gemeinsamen Rundschreiben nicht. Vielmehr werden unter Punkt 2.3 Abs. 6 Nr. 3 des Rundschreibens außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sogar ausdrücklich als von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen benannt. Hiernach kann der einschränkende Auslegung durch den 16. Senat und ihm folgend die Beklagte kein Raum gegeben werden (vgl. mit diesem Ergebnis ebenso SG Gelsenkirchen, 02.10.2014, S 11 KR 180/14; SG Augsburg, 27.11.2014, S 12 KR 183/14 sowie SG Gelsenkirchen, 29.01.2015, S 17 KR 479/14). 16

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG. 17