
Datum: 21.12.2015
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 12. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 12 KR 460/15
ECLI: ECLI:DE:SGK:2015:1221.S12KR460.15.00

Sachgebiet: Sonstige Angelegenheiten
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Köln auf die mündliche Verhandlung vom 21.12.2015 durch die Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht Dr. Erberich, sowie die ehrenamtliche Richterin Ortanderl und die ehrenamtliche Richterin Streit für Recht er-kannt: Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 30.01.2015 in der Fas-sung des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2015 verurteilt, der Klägerin eine mehrzeitige stationäre Liposuktion der Ober- und Unterschenkel sowie der Oberarme als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand: 1

Streitgegenständlich ist eine stationäre Liposuktion als Sachleistung im Rahmen einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V. 2

Die am 08.06.1983 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet unter Lip-/Lymphödemen an den Ober- und Unterschenkeln sowie den Oberarmen bei Vorliegen einer Adipositas dolorosa. Mit am 29.10.2014 bei der Beklagten eingegangenen ärztlichen Unterlagen beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine Straffung der Arme und Ober- wie Unterschenkel unter stationären Bedingungen. Mit Schreiben vom 30.10.2014 forderte die Beklagte weitere medizinische Unterlagen und Angaben der Klägerin an und kündigte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) an. An die Unterlagen erinnerte die Beklagte mit Schreiben vom 14.11.2015. Nach 3

Eingang weiterer Berichte und Schreiben der Klägerin leitete die Beklagte am 10.12.2014 eine Prüfung durch den MDK ein und unterrichtete die Klägerin mit Schreiben gleichen Datums über die Einleitung der Prüfung. Sobald die Prüfung abgeschlossen sei, erhalte die Klägerin unaufgefordert Bescheid. Der MDK forderte einen weiteren Bericht an und erstellte dann am 21.01.2015 ein Gutachten. Danach bestehe keine Notwendigkeit zu chirurgisch-korrigierenden Eingriffen. Konservative Maßnahmen wie Gewichtsreduktion und konsequente komplexe physikalische Entstauungstherapie seien sachgerecht. Mit am 30.01.2015 abgesandtem Bescheid lehnte die Beklagte daraufhin die beantragte Maßnahme ab.	
Hiergegen legte die Klägerin am 10.02.2015 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies sie auf erläuternde Stellungnahmen ihres Behandlers und einer Bestätigung ihres Fitnessstudios über verschiedene wahrgenommene Bewegungsangebote. Im Übrigen seien konservative Maßnahmen bei ihr erfolglos ausgeschöpft.	4
Nach erneuter Begutachtung durch den MDK hielt die Beklagte mit Schreiben vom 13.04.2015 an ihrer Rechtsauffassung fest. Die Klägerin teilte mit Schreiben vom 19.04.2015 mit, ihren Widerspruch aufrecht zu erhalten.	5
Am 29.05.2015 hat die Klägerin zunächst eine Feststellungsklage zum Gericht erhoben, gerichtet auf die Feststellung, dass ihr Antrag vom 21.10.2014 auf Gewährung einer Liposuktion der Ober- und Unterschenkel sowie der Oberarme gem § 13 Abs 3a S 6 SGB V als genehmigt gelte. Die Fünf-Wochen-Frist des § 13 Abs 3a S 1, 2. Alt SGB V sei nicht gewahrt, eine Mitteilung über die Fristen und die Gründe von deren Nichteinhaltung nicht erfolgt.	6
Mit Widerspruchsbescheid vom 30.06.015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück.	7
Die Klägerin hat am 13.07.2015 ihre Klage in eine Leistungsklage, gerichtet auf Gewährung der mehrzeitigen Liposuktion als Sachleistung, umgestellt. Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf das bisherige Vorbringen, ergänzt um umfängliche Hinweise auf die bisherige, ihre Auffassung stützende Rechtsprechung zu § 13 Abs. 3a SGB V. Es sei insbesondere nicht anzunehmen, dass der Gesetzgeber eine Regelung eingeführt habe, die im Vergleich zur bisherigen Rechtslage, nach der ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse bei zu Unrecht abgelehnten Anträgen bereits bestanden habe, keine Änderung darstelle. Vielmehr habe der Gesetzgeber die rechtliche Stellung der Versicherten verbessern wollen. Eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit finde nicht mehr statt.	8
Die Klägerin beantragt,	9
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30.01.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2015 zu verurteilen, ihr eine mehrzeitige stationäre Liposuktion der Ober- und Unterschenkel sowie der Oberarme als Sachleistung zu gewähren.	10
Die Beklagte beantragt,	11
die Klage abzuweisen.	12
Sie ist der Auffassung, es handele sich prozessual um eine unzulässige Klageänderung. Selbst bei Zulässigkeit wären aber die angefochtenen Bescheide auch im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit der beantragten mehrmaligen stationären Liposuktionen zu	13

prüfen; dies sei nicht von der Genehmigungsfiktion umfasst. Insoweit sei die Klage dann unbegründet. Denn die stationäre Liposuktion gehöre, wie von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt, nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkasse. Nach wie vor mangle es an ausreichenden wissenschaftlichen Belegen für die Wirksamkeit. Die Genehmigungsfiktion umfasse nur Leistungen, die grundsätzlich innerhalb des Systems der GKV geschuldet seien und dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprächen. Der Gesetzgeber habe insoweit lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für "erforderliche" Leistungen schaffen wollen.

Die die Klägerin betreffenden Verwaltungsvorgänge der Beklagten haben der Kammer vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Darauf sowie auf die Gerichtsakten wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen. 14

Entscheidungsgründe: 15

Die form- und fristgerecht erhobene Klage (§§ 87, 90 SGG) ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. 16

Es kann dahinstehen, ob die Klage in der ursprünglich während des laufenden Vorverfahrens als Feststellungsklage erhobenen Form zulässig war oder nicht und ob es sich bei der Umstellung von der Feststellungsklage zur Anfechtungs- und Leistungsklage um eine jederzeit zulässige Erweiterung des Klageantrags nach § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG oder eine zulässige, da prozessökonomisch sachdienliche echte Klageänderung nach § 99 Abs. 1 2. Alt SGG handelt. Jedenfalls ist in dem am 13.07.2015 innerhalb der Klagefrist gegen den Widerspruchsbescheid vom 30.06.2015 eingegangenen Schriftsatz eine zulässige Klageerhebung in Form einer Anfechtungs- und Leistungsklage zu sehen. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig. Mit der Leistungsklage kann eine Leistung begehrt werden, auf die ein Rechtsanspruch besteht, soweit ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Diese Prozesssituation ist vorliegend gegeben, da die Klägerin ihren Anspruch auf § 13 Abs. 3a Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) stützt. Mit Eintritt der darin geregelten Fiktion besteht der Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung, ohne dass hierüber noch ein Bescheid der Beklagten zu erteilen wäre (vgl. SG Gelsenkirchen 02.10.2014 – S 11 KR 180/14 mwN). Mit der Anfechtungsklage verfolgt die Klägerin zulässigerweise das Ziel, einen Verwaltungsakt, zu dessen Erlass die Beklagte nicht (mehr) befugt war, zu beseitigen, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser später in anderem Zusammenhang unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird (vgl. SG Gelsenkirchen 02.10.2014 – S 11 KR 180/14 mwN). 17

Der Bescheid der Beklagten vom 30.01.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2015 ist rechtswidrig; die Klägerin wird hierdurch beschwert iSd § 54 SGG. Die Klägerin hat Anspruch auf Gewährung stationärer Straffungsoperationen der Oberarme und Ober- wie Unterschenkel als Sachleistung. 18

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin auf Gewährung stationärer Straffungsoperationen der Oberarme und Beine ist § 13 Abs. 3a SGB V. Hiernach 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 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies 19

den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). 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).

Die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Norm sind im Hinblick auf die Überschreitung der Fünfwochenfrist, die die Beklagte zwischen Antragseingang und Entscheidung nach Einholung des Gutachtens einzuhalten gehabt hätte, erfüllt. Die Beklagte hat den am 29.10.2014 bei ihr eingegangenen Antrag auf Ober- und Unterschenkel- wie Oberarmstraffung mit Bescheid vom 30.01.2015, und damit weit nach Ablauf der Fünf-Wochen-Frist am 03.12.2014, beschieden. Dabei hat sie die Klägerin im Vorfeld nicht schriftlich unter Angabe von Gründen darüber informiert, dass sie die Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht einhalten konnte. Soweit sie mit Schreiben vom 30.10.2014, 14.11.2014 und 10.12.2014 auf die Notwendigkeit des Einreichens weiterer Unterlagen zum Zweck der Prüfung durch den MDK hingewiesen bzw die Einleitung der Prüfung mitgeteilt hat, erfüllt dies die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V nicht. Zunächst fordert die Norm eine schriftliche Information der Versicherten. Darüber hinaus muss die Benachrichtigung sich unter Darlegung von Gründen auf das Unvermögen beziehen, die Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V einzuhalten. Ein derartiger Inhalt ist den Schreiben der Beklagten nicht zu entnehmen. Vielmehr teilt die Beklagte mit, die Klägerin erhalte nach Abschluss der Prüfung unaufgefordert Bescheid. Selbst bei Zugrundelegung des 10.12.2014 als Antragsdatum - aufgrund Eingangs eines persönlichen Antrags der Klägerin erst zu diesem Zeitpunkt, wovon die Beklagte offenkundig im Verwaltungsverfahren zunächst ausging -, wäre mit Bescheiderteilung am 30.01.2015 die dann zum 14.01.2015 ablaufende Fünf-Wochen-Frist nicht gewahrt. Nach dem klaren Wortlaut von § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V folgt hieraus die Genehmigung der Leistung, die die Klägerin auch beantragt hat (stationäre Liposuktionen der Ober- und Unterschenkel und der Arme).

§ 13 Abs. 3a SGB V beschränkt den Anspruch nicht auf eine Kostenerstattung, sondern umfasst auch entsprechend beantragte Sachleistungen (vgl. hierzu LSG NRW 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER).

Die beantragten Leistungen gelten damit als genehmigt. Der Verfügungssatz eines genehmigenden begünstigenden Verwaltungsakts regelt, dass der Antragsteller die beantragte Leistung in Anspruch nehmen darf und sich die Kasse unter Ausschluss aller Einwendungen zur Leistung verpflichtet (BSG SozR 4-2500 § 125 Nr.4, Rz. 23); die Regelung wird mit der Bekanntgabe des Verwaltungsakts gemäß § 39 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegenüber dem Adressaten wirksam. Durch die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen (s. LSG NRW 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER mwN). Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (s. LSG NRW 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER mwN). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen (wie z. B. der Frage, ob es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt und hier der Frage, ob es sich bei den begehrten stationären Straffungsoperationen der Ober- und Unterschenkel und Oberarme um im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V erforderliche Leistungen handelt) ausgeschlossen. Die Prüfung medizinischer Notwendigkeit ist weder Voraussetzung des Sachleistungsanspruchs nach Satz 6 noch des Erstattungsanspruchs nach Satz 7. Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des

Verwaltungsverfahren zu verbessern, umgesetzt werden (s. LSG NRW 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER). Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (s. LSG NRW 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER; vgl. auch SG Düsseldorf, Urteil v. 02.03.2015 - S 9 KR 903/14; SG Gelsenkirchen, Urteil v 05.02.2015 – S 17 KR 524/14; SG Lüneburt, Urteil v 17.02.2015 – S 16 KR 96/14). Aus diesem Grunde folgt die Kammer nicht der abweichenden Auffassung des 16. Senates des LSG NRW (Beschluss vom 26.05.2014, L 16 KR 154/14 B ER).	
Soweit bei der Kostenerstattungsregel des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V von der "erforderlichen" Leistung die Rede ist und in der Sachleistungsregelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V das Wort "erforderlich" fehlt, führt dies zu keiner abweichenden Beurteilung. Trotz dieser Formulierung wird im Text ein uneingeschränkter Sachleistungsanspruch festgelegt, der schon eintritt, wenn die Krankenkasse die Fristvorschriften nicht beachtet. Auf materielle Inhalte wird gerade nicht abgestellt (s. LSG Saarland 17.06.2015 – L 2 KR 180/14). Die Erforderlichkeit der Leistung folgt schon aus der Rechtswirkung der Genehmigungsfiktion. Die Gesetzesnovellierung entgegen dem klaren Wortlaut im Sinne des – letztlich nicht umgesetzten – Entwurfs des Gesetzes auszulegen, würde den im Wortlaut klar ausgedrückten Willen des Gesetzgebers missachten (s. LSG Saarland 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; vgl. auch SG Lüneburg, Urteil v 17.02.2015 - S 16 KR 96/14; SG Gelsenkirchen, Urteil v 05.02.2015 - S 17 KR 524/14).	23
Da es sich bei den beantragten stationären Krankenhausleistungen um solche innerhalb des Systems des SGB V handelt, kann die Kammer offen lassen, ob die Fiktionswirkung auch bei klar von dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfassten Leistungen (wie z.B. Gegenständen des täglichen Lebens oder Genussmitteln) eingreift. Es liegt im Ermessen der Beklagten zu prüfen, inwieweit hier der fiktive Verwaltungsakt gem. § 45 SGB X der Rücknahme zugänglich ist (vgl. LSG NRW 23.5.2014 – L 5 KR 222/14 B ER).	24
Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.	25
Rechtsmittelbelehrung:	26
Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.	27
Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim	28
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen,	29
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.	30
Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem	31
Sozialgericht Köln, An den Dominikanern 2, 50668 Köln,	32
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.	33
Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.	34
	35

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-koeln.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann. 36

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Köln schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. 37

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war. 38

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat. 39

Dr. Erberich RichterIn am Sozialgericht 40