S 34 KR 264/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Frankfurt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	34
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 34 KR 264/14
Datum	28.11.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 27/17
Datum	28.02.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Der Bescheid vom 24.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.2016 wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons Pubis als Sachleistung zu gewährleisten.

3. Es wird festgestellt, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gemäß [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.

4. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine Liposuktion der Oberschenkel vor Oberschenkelstraffung, eine Straffung des Mons Pubis sowie eine Bruststraffung beidseits als Sachleistung nach den Vorschriften des fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Die 1968 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Im Jahr 2012 hatten die Klägerin und die Beklagte einen gerichtlichen Vergleich über die Übernahme der Oberarm- und Oberschenkelstraffung geschlossen.

Am 06.02.2014 beantragte die Klägerin unter Vorlage eines ärztlichen Attests die Liposuktion, die Straffung des Mons Pubis sowie eine Bruststraffung beidseits.

Am 10.02.2014 teilte die Beklagte mit, dass sie eine Stellungnahme des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung in Hessen (MDK) einhole.

Die Klägerin wurde daraufhin zu einem Begutachtungstermin am 24.02.2014 eingeladen, zu dem sie jedoch nicht erschien.

Am 27.02.2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie derzeit noch keine Entscheidung über den Antrag treffen könnten, da sie nicht zu dem Termin erschienen sei.

Mit Schreiben vom 03.03.2014 wurde die Klägerin erneut zur Begutachtung eingeladen zum 13.03.2014.

Am 17.03.2014 erstattete der MDK der Beklagten ein Gutachten. Die Liposuktion sei ein Eingriff im Bereich der ästhetischen Chirurgie, da dadurch die Körperkontur gebessert werden könne.

Mit Bescheid vom 24.03.2014 lehnte die Beklagte den Antrag unter Bezugnahme auf das Gutachten des MDK ab.

Gegen den Bescheid legte die Klägerin am 15.04.2014 Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie aus, dass die beantragte Leistung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als genehmigt gelte. Es sei nicht innerhalb von fünf Wochen entschieden worden.

Am 07.05.2014 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Leistungen nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als genehmigt gelten.

Sie beantragt,

1. den Bescheid vom 24.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons pubis als Sachleistung zu gewähren,
2. festzustellen, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gem. [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gilt.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Am 02.06.2014 der MDK der Beklagten erneut ein Gutachten erstattet. Er bleibt bei seiner Auffassung, dass die Liposuktion nicht medizinisch indiziert sei.

Am 18.03.2016 hat die Beklagte den Widerspruch der KlÄgerin als unbegrÄndet abgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten im Äbrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten, die jeweils Gegenstand der mÄndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die Klage ist zulÄssig. Sie ist zulÄssig zum einen als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemÄÄ [Ä 54 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und zum anderen als Feststellungsklage hinsichtlich der Bruststraffung, da Äber diesen Antrag im Bescheid vom 24.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.2016 nicht mit entschieden wurde.

Die Klage ist auch begrÄndet.

Der Bescheid vom 24.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.2016 ist rechtswidrig und verletzt die KlÄgerin in ihren Rechten. Es ist eine Genehmigungsfiktion nach [Ä 13 Abs. 3a SGB V](#) hinsichtlich der Liposuktion der Oberschenkel und der Straffung des Mons Pubis eingetreten, da die Beklagte nicht innerhalb von fÄnf Wochen Äber den Antrag der KlÄgerin entschieden hat.

Nach [Ä 13 Abs. 3a SGB V](#) hat die Krankenkasse Äber den Antrag auf Leistungen zÄgig, spÄtestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antrageingang oder in FÄllen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fÄnf Wochen nach Antrageingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme fÄr erforderlich hÄlt, hat sie diese unverzÄglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierÄber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachterlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der GrÄnde rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6).

Die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Norm sind im Hinblick auf die Äberschreitung der FÄnf-Wochen-Frist, die die Beklagte zwischen Antrageingang und Entscheidung einzuhalten gehabt hÄtte, erfÄllt. Die Beklagte beschied den Antrag der KlÄgerin nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von fÄnf Wochen. Die KlÄgerin beantragte bei der Beklagten am 06.02.2014 hinreichend bestimmt die Straffung des Mons Pubis sowie die Liposuktion der Oberschenkel. Die Frist nach [Ä 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) begann vorliegend am 07.02.2014 und endete am 14.03.2014. Der Bescheid vom 24.03.2014 wurde somit nach Ende der FÄnf-Wochen-Frist erlassen.

Die Schreiben vom 27.02.2014 und 03.03.2014 genÄgen nach Ansicht der

Kammer nicht den Anforderungen des [Â§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#), so dass es bei der FÃ¼nf-Wochen-Frist bleibt. Die Mitteilung muss nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 08.03.2016 â [B 1 KR 25/15 R](#)) (1.) die Aussage enthalten, dass die im Gesetz vorgesehene Entscheidungsfrist von drei bzw. fÃ¼nf Wochen nicht eingehalten werden kann, sie muss (2.) einen hinreichenden Grund fÃ¼r die VerzÃ¶gerung und (3.) die voraussichtliche Dauer der VerzÃ¶gerung taggenau benennen (BSG, a.a.O. â juris Rn. 20). Im vorliegenden Fall enthÃ¤lt das Schreiben der Beklagten bereits nicht die Aussage, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden kann. Auf diese Aussage kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn â wie hier â vom Leistungsberechtigten Mitwirkungshandlungen verlangt werden. Zwar mag es fÃ¼r den Leistungsberechtigten in diesen FÃ¤llen nahe liegen, dass eine Entscheidung der Krankenkasse jedenfalls nicht vor ErfÃ¼llung der verlangten Mitwirkung ergehen wird. Dies fÃ¼hrt jedoch noch nicht zwangslÃ¤ufig zu einem Entfallen oder einer VerlÃ¤ngerung der Frist. FÃ¼r den Fall einer Versagung oder Entziehung der Leistung wegen fehlender Mitwirkung verlangt [Â§ 66 Abs. 3](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), dass der Leistungsberechtigte zuvor auf diese Folge (Versagung oder Entziehung der Leistung) schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist. Die Kammer geht unter BerÃ¼cksichtigung des Wortlauts des [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) und der gesetzlichen Wertung des [Â§ 66 Abs. 3 SGB I](#) davon aus, dass auch im Rahmen des [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bei einem Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse die fiktive Genehmigung nur dann nicht eintritt, wenn dem Leistungsberechtigten fÃ¼r seine Mitwirkung eine angemessene Frist gesetzt wurde und er auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hingewiesen wurde. Im Rahmen des [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bedeutet dies, dass die Genehmigungsfiktion nicht automatisch entfÃ¤llt oder erst spÃ¤ter eintritt, wenn die Krankenkasse von dem Leistungsberechtigten eine Mitwirkung verlangt. Vielmehr tritt die fristgebundene Genehmigungsfiktion bei einer fehlenden Mitwirkung nur dann nicht ein, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Drei- bzw. FÃ¼nf-Wochenfrist zu einer Mitwirkung auffordert, ihm eine Frist fÃ¼r die ErfÃ¼llung der Mitwirkungspflicht setzt und darauf hinweist, dass jedenfalls bis zur ErfÃ¼llung der Mitwirkungspflicht die gesetzlich vorgesehene Genehmigungsfiktion nicht eintritt (vgl. Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 03. November 2016 â [L 5 KR 197/15](#) â, Rn. 17, juris). Hier fehlt es bereits am Hinweis auf die Entscheidungsfrist sowie einer Fristsetzung zur Mitwirkung, so dass es bei der FÃ¼nf-Wochen-Frist bleibt.

Nach Ansicht der Kammer sind auch die weiteren Voraussetzungen der Rechtsprechung des BSG (BSG, a.a.O.) erfÃ¼llt. Die begehrte Leistung der KlÃ¤gerin ist fiktionsfÃ¤hig. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) ist eine Leistung fiktionsfÃ¤hig, wenn die KlÃ¤gerin diese Leistung fÃ¼r erforderlich halten durfte und diese nicht offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Die Gesetzesregelung ordne diese EinschrÃ¤nkungen fÃ¼r die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrÃ¼cklich, aber sinngemÃ¤Ã nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirke eine BeschrÃ¤nkung auf subjektiv fÃ¼r den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich auÃerhalb des

Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen wÃ¼rden. Einerseits solle die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits solle sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des gesetzlichen Leistungskatalogs Ã¼berwinde, die jedem Versicherten klar sein mÃ¼sse (vgl. BSG, a.a.O. â juris Rn. 25-26).

Die beantragten Behandlungen als stationÃ¤re Krankenhausbehandlungen unterfallen nach ihrer Art dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz zu ambulanten Leistungen normiert das SGB V keinen Erlaubnisvorbehalt, sondern in [Â§ 137c SGB V](#) eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fÃ¼r die keine negative Bewertung nach [Â§ 137c Abs. 1 SGB V](#) â wie hier â vorliegt, dÃ¼rfen von den KrankenhÃ¤usern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Bei jeder Krankenhausbehandlung muss zuvor geprÃ¼ft werden, ob die Behandlung medizinisch indiziert und notwendig ist. Eine EinzelfallprÃ¼fung entfÃ¤hlt jedoch bei den Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#), so dass es hier nicht auf die medizinische Notwendigkeit bei der KlÃ¤gerin ankommen kann (vgl. BSG, a.a.O. â juris Rn. 32). Dass eine stationÃ¤re Hautstraffungsoperation keinesfalls eine medizinische Behandlung darstellen kann, kann nicht angenommen werden, so dass sie auch nicht offensichtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist (so auch SG KÃ¶ln, Urteil vom 05.07.2016 â [S 34 KR 717/14](#) â juris Rn. 42).

Das von der Beklagten angefÃ¼hrte Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 13.09.2016 ([L 4 KR 320/16](#)) kann die Kammer nicht Ã¼berzeugen. Sowohl bei der ambulanten als auch stationÃ¤ren Liposuktion handelt es sich um Behandlungen, die (ausschlieÃlich) von Ãrzten erbracht werden und grundsÃ¤tzliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen kÃ¶nnen. DafÃ¼r, dass die Liposuktion dem Grunde nach eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen kann und nicht offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs liegt, spricht insbesondere der Umstand, dass der Gemeinsame Bundesausschuss aktuell aufgrund eines Beschlusses vom 22.05.2014 (BANZ AT v. 01.04.2015 B4) im Hinblick auf diese Methode ein sektorenÃ¼bergreifendes Bewertungsverfahren nach [Â§ 135, 137 c SGB V](#) durchfÃ¼hrt. Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die KlÃ¤gerin die Liposuktion fÃ¼r nicht erforderlich halten durfte und ihr Begehren damit rechtsmissbrÃ¤uchlich ist, sind nicht ersichtlich.

Nach der Rechtsprechung des BSG umfasst die Genehmigungsfiktion nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch den Sachleistungsanspruch. Dieser ermÃ¶gliche auch dem mittellosen Versicherten, der nicht in der Lage sei, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, seinen Anspruch zu realisieren (vgl. BSG, a.a.O. â juris Rn. 25).

Die Feststellungsklage ist ebenfalls begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat in ihrem Antrag vom 06.02.2014 unter Vorlage des Ã¤rztlichen Attests auch eine Bruststraffung beidseits beantragt. Ãber diesen Antrag hat die Beklagte nicht entschieden. Bei

dem Schreiben der Beklagten vom 10.02.2014 handelt es sich nicht um einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Wie oben bereits ausgeführt, wurde die Fünf-Wochen-Frist durch die Beklagte überschritten, so dass die Leistung ab diesem Zeitpunkt als genehmigt gilt. Ebenfalls sind die weiteren Voraussetzungen der Rechtsprechung des BSG (BSG, a.a.O.) erfüllt. Die Klägerin durfte aufgrund der ärztlichen Verordnung die Leistung erforderlich halten und eine Bruststraffung liegt auch nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Was jedoch hinsichtlich der Bruststraffung einer Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) entgegensteht, ist der Umstand, dass die Klägerin möglicherweise im vor dem Landessozialgericht Hessen (Az: L 8 KR 222/11) geschlossenen Vergleich auf diese Leistung konkludent verzichtet hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

Erstellt am: 18.11.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024