

S 39 KR 409/14

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
39
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 39 KR 409/14
Datum
23.09.2016
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 776/16
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Der Bescheid der Beklagten vom 13.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2014 wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die beantragte stationäre Liposuktion als Sachleistung zu gewähren.

3. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für eine stationäre Liposuktion.

Die am 11.11.19xx geborene Klägerin stellte mit Schreiben vom 03.01.2014 einen Antrag auf die Kostenübernahme für eine stationäre Liposuktion. Der Antrag wurde von der Beklagten mit einem Eingangsstempel vom 07.01.2014 versehen. Dem Antrag lag eine Fotodokumentation vom 22.11.2013 und ein ärztlicher Bericht von Dr. W., Oberarzt des Dreifaltigkeits-Krankenhauses W., ebenfalls vom 22.11.2013 bei. In dem Arztbericht wird eine Liposuktion der unteren Extremitäten, des Gesäßes und der Oberarme unter stationären Bedingungen empfohlen. In dem Antrag der Klägerin wird ausgeführt, dass weitere Unterlagen nicht vorgelegt würden. Die Beklagte könne also ohne die Anforderung weiterer Unterlagen über den Antrag entscheiden bzw. den Antrag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorlegen.

Mit Schreiben vom 12.02.2014 teilte die Beklagte mit, dass Sie die Unterlagen an den MDK weitergereicht habe. Sobald eine Termineinladung für die Klägerin oder ein Gutachten vorliege, werde sich die Beklagte unverzüglich melden. Des Weiteren bittet die Beklagte in dem Schreiben um Geduld und Verständnis für die unvermeidbaren Verzögerungen. Mit Schreiben vom gleichen Tag wurde der MDK Nordrhein mit der Begutachtung beauftragt.

Am 17.02.2014 erstattete der MDK Nordrhein das angeforderte Gutachten ohne eine Untersuchung der Klägerin. Der MDK teilte darin mit, dass er nur bezüglich geplanter ambulanter Maßnahmen Empfehlungen treffen können. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung sei ausschließlich durch das aufnehmende Krankenhaus zu treffen.

Im Anschluss bat die Beklagte den MDK erneut, um gutachterliche Bewertung der medizinischen Voraussetzungen anhand der eingereichten ärztlichen Unterlagen und um eine Stellungnahme inwieweit das Lipödem Ursache für bestehende Schmerzen und Einschränkungen sei.

Am 07.03.2014 erstattete der MDK Nordrhein erneut ein Gutachten in dem er auf eine ambulant zu erbringende Kompressionstherapie als mögliche konservative Therapie verwies und des Weiteren auf die bereits mitgeteilte Zuständigkeit des aufnehmenden Krankenhauses.

Am 13.03.2014 erließ die Beklagte einen ablehnenden Bescheid.

Die Klägerin legte mit Schreiben vom 11.04.2014, eingegangen laut Eingangsstempel am 14.04.2014, Widerspruch gegen den Bescheid ein.

Am 21.05.2014 erließ die Beklagte einen ablehnenden Widerspruchsbescheid.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid erhob die Klägerin am 04.06.2014 Klage. Sie begründete die Klage hauptsächlich mit dem Verweis darauf, dass der Antrag nach § 13 Abs. 3a Satz 6 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) als genehmigt gälte.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

1. den Bescheid der Beklagten vom 13.04.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2014 aufzuheben.
2. die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die beantragte stationäre Liposuktionsbehandlung als Sachleistung zu gewähren
3. der Beklagten die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte gesteht zu, dass die in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) geregelte Frist von fünf Wochen bei Erlass des ablehnenden Bescheides bereits verstrichen war. Zudem hält sie es zumindest für fraglich, ob das von der Beklagten am 12.02.2014 versandte Schreiben ausreiche, um als rechtzeitige schriftliche Mitteilung eines hinreichenden Grundes die Frist gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) zu verlängern. Die Beklagte geht dennoch davon aus, dass kein Anspruch auf die begehrte Leistung bestehe, da [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) lediglich einen Anspruch auf Kostenerstattung, nicht jedoch auf Sachleistung gewähre. Zudem könne [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nur erforderliche Leistungen erfassen.

Mit Schreiben vom 04.08.2016 hat das Gericht die Beteiligten auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) – hingewiesen und mitgeteilt, dass die Darlegungen des BSG der bisherigen Argumentation der Beklagten entgegenstünden. Die Beklagte hatte Gelegenheit zur Stellungnahme zu diesem rechtlichen Hinweis und führte erneut aus, dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) trotz des Wortlauts von Satz 6 nur eine Kostenerstattung erforderlicher Leistungen ermögliche. Dies ergebe sich aus den Gesetzgebungsmaterialien und der Überschrift sowie Systematik des [§ 13 SGB V](#).

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 22.09.2015 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt. Die Klägerin hat dies mehrfach, zuletzt mit Schreiben vom 11.12.2015, erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakte verwiesen. Der wesentliche Inhalt der vorgenannten Akten ist Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht kann gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben sich hiermit einverstanden erklärt.

Die zulässige Klage ist begründet.

Der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 13.04.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2014 ist rechtswidrig, da der Klägerin die beantragte Sachleistung zusteht und auch zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides zustand. Dadurch ist die Klägerin im Sinne des [§ 54 SGG](#) beschwert.

Die Klägerin hat durch die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) einen Anspruch auf die Gewährung einer stationären Liposuktion als Sachleistung. Die ablehnenden Bescheide waren insoweit zur Klarstellung aufzuheben.

I. Der Anspruch der Klägerin auf die begehrte Sachleistung ergibt sich aus [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). 1.

Der zeitliche Geltungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist erfasst. Die Regelung erfasst Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen, die Berechtigte ab dem 26.2.2013 gestellt haben. Die Klägerin stellte den Antrag im Januar 2014.

2. Nach [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 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 GKV eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigte hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#)). Kann die GKV die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies der Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#)).

a. Sowohl die 3-Wochen-Frist als auch die 5-Wochen-Frist des Satz 1 wurden überschritten.

Ob sich die grundsätzlich bestehende 3-Wochen-Frist gemäß Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 auf 5 Wochen verlängerte, kann dahinstehen, da nach Antragseingang am 07.01.2014 beide Fristen bei Erlass des ablehnenden Bescheids am 13.03.2014 verstrichen waren.

Es bestehen jedoch erhebliche Bedenken, ob die Mitteilung der Beklagten vom 12.02.2014, der MDK sei mit der Begutachtung beauftragt worden, noch die Fristverlängerung auf 5 Wochen auslösen konnte. Nach Satz 2 muss die GKV den MDK unverzüglich mit der Begutachtung beauftragen. Vorliegend erfolgte die Beauftragung erst nach Ablauf der grundsätzlich in Satz 1 normierten Frist von drei Wochen und somit keinesfalls unverzüglich. Sachliche Gründe für die Verzögerung lagen nicht vor, da dem Antrag bereits medizinische Unterlagen und eine Fotodokumentation beigelegt waren und zudem im Antrag mitgeteilt wurde, dass weitere medizinische Unterlagen nicht nachgereicht würden. Es erfolgte seitens der Beklagten auch keine weitere Nachfrage bei der Klägerin oder anderweitige Tätigkeiten zur Sachverhaltsaufklärung.

b. Eine schriftliche Mitteilung im Sinne des Satz 5, dass die Frist nicht einzuhalten sei unter Darlegung der sachlichen Gründe für diese

Fristüberschreitung erfolgte nicht. Daher verlängerte sich die Frist aus Satz 1 nicht.

Die Beklagte hat der Klägerin lediglich mit Schreiben vom 12.02.2014 mitgeteilt, dass die Unterlagen dem MDK vorgelegt worden seien. Sobald eine Termineinladung für die Klägerin oder ein Gutachten vorliege, werde sich die Beklagte unverzüglich melden. Des Weiteren bat die Beklagte in dem Schreiben um Geduld und Verständnis für die unvermeidbaren Verzögerungen. Eine Mitteilung über die Nichteinhaltung der Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) erfolgte nicht. Es erfolgte auch keine Ankündigung bis wann mit einer Entscheidung oder einer weiteren Mitteilung zurechnen sei.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 08.03.2016 hohe Anforderungen an die fristverlängernde Mitteilung des Satz 5 gestellt. Eine Mitteilung müsse die taggenaue Prognose bis wann die Entscheidung ergeht enthalten (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) –, Rn. 20). Da die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) einen Bescheid der Beklagten ersetzt, ist diese strenge Anforderung an die Mitteilung des Satz 5 überzeugend. Denn nur mit einer taggenauen Frist kann eine ausreichende Rechtssicherheit über das Entstehen des Anspruchs erreicht werden. Vorliegend konnte die Klägerin dem Schreiben keinerlei Zeitpunkt – sei es auch nur ungefähr und nicht taggenau – entnehmen zu dem die Beklagte entscheiden würde.

c. Nach Ablauf der Frist entsteht ein Anspruch auf die beantragte Sachleistung, da der Antrag als genehmigt gilt (§ 13 Abs. 3a Satz 6).

Nach dem Wortlaut des Satz 6 gilt der Antrag mit Ablauf der Frist als genehmigt. Durch die fingierte Genehmigung kann die Versicherte die beantragte Sachleistung entsprechend dem für das SGB V grundlegende Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen.

Die Beklagte weist zwar zutreffend darauf hin, dass [§ 13 SGB V](#) grundsätzlich Regelungen zur Kostenerstattung beinhaltet und somit eine Sachleistung der Systematik der Norm widerspricht. Dennoch ergibt sich aus der Auslegung der Regelung, dass diese einen Anspruch auf Sachleistung gewährt (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) –, Rn. 25; ausführlich Landessozialgericht (LSG) NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 7; u.a. auch SG Speyer, Urteil vom 14.07.2016 – [S 13 KR 245/15](#) –, Rn. 32 ff.; SG Aachen, Urteil vom 21.06.2016 – [S 13 KR 292/14](#) –, Rn. 37 f.; a.A. noch Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015 – [L 1 KR 413/14](#) –, Rn. 32 ff.). Neben dem schon genannten Wortlaut des Satz 6 folgt dies auch aus dem systematischen Vergleich von Satz 6 und Satz 7 (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 7). Andernfalls hätte Satz 6 keinen eigenständigen Regelungsgehalt.

Der Sachleistungsanspruch entspricht auch der Grundkonzeption des SGB V und des [§ 13 SGB V](#), wonach die Kostenerstattung in Abs. 3 und Abs. 3a Satz 7 lediglich deswegen gewährt wird, weil der Versicherte sich wegen eines Versagens (der zur Sachleistung verpflichteten) GKV die Leistung selber beschafft hat; eine Verpflichtung zur Sachleistung nunmehr also hinfällig ist. In Fällen in denen die Sachleistung jedoch noch möglich ist, ist diese zu erbringen.

Selbst wenn Satz 6 keinen Anspruch auf eine Sachleistung gewähren würde, wäre in dem Anspruch auf Kostenerstattung der Anspruch auf Kostenfreistellung enthalten, so dass der Anspruch der Versicherten nicht von einer eigenen Vorleistung abhängen kann (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 7). Dies entspricht auch einer Auslegung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot aus [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) –, Rn. 25; LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 7).

d. Der Antrag war auch ausreichend konkret, um fiktionsfähig zu sein und richtete sich auf eine Leistung, die im Sinne des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als erforderliche Leistung anzusehen ist.

Eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung ist keine Voraussetzung eines Anspruchs nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) (vgl. u.a. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 9; SG Köln, Urteil vom 21.12.2015 – [S 12 KR 460/15](#) –, Rn. 20; SG Düsseldorf, Urteil vom 02.03.2015 – [S 9 KR 903/14](#) –, Rn. 32). Dies ergibt sich aus einer systematischen und teleologischen Auslegung, den andernfalls wäre die Regelung ihrer Funktion beraubt. Würde der Sachleistungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eine vorherige Prüfung der medizinischen Notwendigkeit voraussetzen, hätte [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) keinen eigenen Anwendungsbereich, da sich der Anspruch bereits aus den sonstigen Normen des SGB V ergäbe. Auch der vom Gesetzgeber vorgesehene Sanktionszweck der Regelung legt es nahe, dass die GKV mit materiell-rechtlichen Einwendungen ausgeschlossen ist (vgl. u.a. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) –, Rn. 9; SG Köln, Urteil vom 21.12.2015 – [S 12 KR 460/15](#) –, Rn. 20).

Demnach ist die Voraussetzung lediglich, dass der Versicherte die beantragte Leistung für erforderlich halten durfte und die Leistung nicht offensichtlich außerhalb der Sachleistungspflicht der GKV liegt (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) –, Rn. 26; a.A. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.09.2016 – [L 4 KR 320/16](#) –, Rn. 52). Die stationäre Liposuktion liegt nicht offensichtlich außerhalb der Leistungspflicht der GKV (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22.03.2016 – [L 4 KR 438/13](#) –).

Die Klägerin beantragte eine stationäre Leistung, daher kann es dahinstehen, ob eine Leistung auch dann fiktionsfähig ist, wenn sie dem Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) unterfällt und eine entsprechende Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nicht vorliegt und die Leistung entsprechend nicht im Abrechnungssystem des einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) erfasst ist.

Eine Krankenhausbehandlung als solche ist eine zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörende Maßnahme (vgl. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, § 39 SGB V](#)). Im Gegensatz zu ambulanten Leistungen normiert das SGB V keinen Erlaubnisvorbehalt, sondern in [§ 137c SGB V](#) lediglich eine Verbotsmöglichkeit. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die keine negative Bewertung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) vorliegt, dürfen von den Krankenhäusern zu Lasten der GKV erbracht werden. Bei jeder Krankenhausbehandlung muss zuvor geprüft werden, ob die Behandlung medizinisch indiziert und notwendig ist (137c Abs. 3 SGB V). Eine Einzelfallprüfung entfällt jedoch bei den Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), so dass es hier nicht auf die medizinische Notwendigkeit bei der Klägerin ankommen kann.

Dass die stationäre Liposuktion keinesfalls eine medizinisch notwendige Behandlung darstellen kann, kann nicht angenommen werden, so dass sie auch nicht offensichtlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist (so u.a. auch SG Speyer, Urteil vom 14.07.2016 – [S 13 KR 245/15](#); SG Köln, Urteil vom 21.12.2015 – [S 12 KR 460/15](#) –; SG Magdeburg, Urteil vom 07.10.2015 – [S 13 KR 805/13](#)).

Dass die Leistung nicht offensichtlich und unabhängig von einer Einzelfallprüfung ausgeschlossen ist, ergibt sich unter anderem daraus, dass die Beklagte den MDK im vorliegenden Fall explizit zu einer Begutachtung des Einzelfalls aufforderte. Auch das derzeit anhängige

Beschlussverfahren des GBA zur Bewertung der Liposuktion und die Aufnahme der Liposuktion als Behandlungsmaßnahme in der S1-Leitlinie Lipödem zeigt, dass die Liposuktion eine medizinische Maßnahme ist, die grundsätzlich im möglichen Leistungsbereich der GKV liegt (dazu ausführlich LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22.03.2016 – [L 4 KR 438/13](#)).

Zudem hatte die Klägerin im Antragsverfahren einen Arztbrief vorgelegt, der eine medizinische Indikation der beantragten Maßnahme attestiert.

3. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist auch sachlich anwendbar. Denn die Klägerin verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Satz 9).

II. Ein Leistungsanspruch nach § 27 i.Vm. [§ 39 SGB V](#) war nicht mehr zu prüfen, da sich der Leistungsanspruch bereits aus [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-11-04