

S 1 KR 157/16

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Aachen (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Aachen (NRW)

Aktenzeichen

S 1 KR 157/16

Datum

25.01.2017

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 16 KR 166/17

Datum

22.11.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 13.10.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.04.2016 verurteilt, der Klägerin die Kosten der im September 2016 durchgeführten stationären Produktion in Höhe von 4.588,61 EUR zu erstatten. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Übernahme der Kosten einer Liposuktion der Beine streitig.

Die am 00.00.0000 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie leidet unter einem ausgeprägten Lipödem der unteren Extremität. Unter Vorlage eines ärztlichen Berichts des Chirurgen Dr. E. vom 26.08.2015, der zur Verhinderung der Chronizität eine stationäre Liposuktion empfahl, beantragte die Klägerin am 01.09.2015 bei der Beklagten die Kostenübernahme für diese Behandlung. Nach Einholung einer Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 13.10.2015 ab und führte zur Begründung aus, die begehrte Behandlung gehöre zu den so genannten "Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden", deren Wirksamkeit medizinisch nicht oder noch nicht eindeutig nachgewiesen seien und daher nicht (als ambulante Versorgung) von ihr geleistet werde. Es gebe für die Klägerin konservative Therapiemöglichkeiten, die langfristig mit dem Ziel angewendet werden müssten, um eine Entstauung der Gliedmaßen zu erreichen und damit die Beschwerden zu mindern. Das Lymphödem könne günstig durch regelmäßige manuelle und ggf. apparative Entstauungen, sowie Fixierung des Ergebnisses mit Kurzzugbinden, Kompressionsstrümpfen sowie mit Bewegungstherapie beeinflusst werden.

Gegen diese Entscheidung wandte sich die Klägerin mit ihrem Widerspruch, zu deren Begründung sie zunächst eine weitere Stellungnahme von Dr. E. vom 24.11.2015 sowie einen Bericht des Funktionsoberarztes der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie der L. Diakonie in E., Dr. X., vom 13.01.2016 vorlegte, wegen derer Einzelheiten auf Bl. 11 und 14 der Verwaltungsakte Bezug genommen wird. In einem persönlichen Schreiben vom 27.12.2015 stellte die Klägerin ihre körperlichen und psychischen Beschwerden persönlich dar. Auf der Grundlage einer erneuten Stellungnahme des MDK vom 28.01.2016, der keine Veranlassung sah, seine sozialmedizinischen Beurteilung zu ändern, wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 26.04.2016 zurück.

Mit ihrer am 25.05.2016 vor dem Sozialgericht B. erhobenen Klage begehrt die Klägerin unter Vorlage der Rechnungen die Erstattung der Kosten für die zwischenzeitlich in der Klinik der L. Diakonie am 16.09.2016 stationär durchgeführten Liposuktion. Zur Begründung verweist sie auf ihre Widerspruchsbegründung und die im Verwaltungsverfahren vorgelegten ärztlichen Berichte und stützt den von ihr geltend gemachten Anspruch ergänzend auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 13.10.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.04.2016 zu verurteilen, ihr die Kosten der im September 2016 durchgeführten stationären Liposuktion in Höhe von 4.588,61 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Auch nach der Einführung des [§ 137c SGB V](#) seien die gesetzlichen Kriterien für die Leistungserbringung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt, da sich der aktuellen Studienlage derzeit nicht entnehmen lasse, dass es sich bei der Liposuktion um eine Behandlungsmethode handle, die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative biete. Dies folge aus dem Gutachten der sozialmedizinischen Expertengruppe des MDK vom 15.01.2015. Aus den vorliegenden Unterlagen ergebe sich auch nicht, ob im Falle der Klägerin sogar Kontraindikationen gelegen hätten. Es sei zudem nicht nachgewiesen, dass eine stationäre Durchführung der Behandlung überhaupt notwendig gewesen sei. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergebe sich auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Liposuktionen seien nicht von einem Sachleistungsanspruch gegen die gesetzlichen Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion werden könnten. Selbst wenn der Anwendungsbereich der Norm eröffnet wäre, wäre die Genehmigungsfiktion jedenfalls deshalb nicht eingetreten, weil die Beklagte innerhalb der Frist entschieden habe. Das ablehnende Gutachten des MDK sei bei ihr am 23.09.2015 eingegangen und am 25.09.2015 der zuständigen Kundenberaterin vorgelegt worden. Diese habe vergeblich versucht, die Klägerin telefonisch zu erreichen, um ihr mitzuteilen, dass die Beklagte die beantragte Leistung entsprechend der Empfehlung des MDK ablehnen würde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zur Gerichtsakte gereichten Schriftsätze sowie der vom Gericht beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Ihre Inhalte waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Klägerin hat gegen die Beklagte gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die zwischenzeitlich durchgeführte stationäre Liposuktion i.H.v. 4.588,61 EUR.

Nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) 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. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt ([§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die KK zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die [§§ 14, 15 SGB IX](#) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V](#)).

Entgegen der von der Beklagten vertretenen Auffassung beschränkt sich die Fiktionswirkung nicht auf Leistungen, die bereits Gegenstand des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil v. 08.03.2016 - B1 KR 25/15 R) führt die in [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) geregelte Begrenzung auf "erforderliche" Leistungen lediglich zu einer Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Die Begrenzung führt mithin zu einer Rechtsmissbrauchskontrolle, nicht jedoch zu einer Beschränkung auf Leistungen, die bereits jetzt ohne weiteres als Sachleistung zulasten der GKV gewährt werden müssen.

Sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Liposuktion handelt es sich um Behandlungen, die (ausschließlich) von Ärzten erbracht werden (vgl. z.B. [§ 15 Abs. 1 SGB V](#)) und grundsätzlich Leistungen der GKV darstellen können. Dafür, dass die Liposuktion dem Grunde nach eine Leistung der GKV darstellen kann und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegt, spricht insbesondere der Umstand, dass der GBA aktuell aufgrund eines Beschlusses vom 22.05.2014 (BANZ AT v. 01.04.2015 B4) im Hinblick auf diese Methode ein sektorenübergreifendes Bewertungsverfahren nach [§§ 135, 137c SGB V](#) durchführt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06.12.2016, [L 1 KR 680/15](#)). Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin eine Liposuktion zur Behandlung des Lipödems aus ihrer Sicht für nicht erforderlich halten durfte und sich ihr Begehren damit als missbräuchlich darstellt, liegen im Übrigen nicht vor.

Die Beklagte, die vorliegend einer Stellungnahme des MDK eingeholt hat, hat den am 01.09.2016 bei ihr eingegangenen Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme einer stationären Liposuktion nicht binnen fünf Wochen beschieden, sondern erst mit Bescheid vom 13.10.2016. Damit ist die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) eingetreten.

Soweit die Beklagte einwendet, es sei entscheidend, dass sie ihre Entscheidungsfindung noch innerhalb der Frist abgeschlossen habe, ist dies nicht maßgeblich (ebenso im Ergebnis BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#), juris Rdnr. 21). Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung des "Bewilligungsverfahrens" (BtDs. 17/10488 S. 32). Dafür hat der Gesetzgeber genaue Fristen bestimmt, die in dieser Klarheit nur nachvollziehbar sind, wenn auf das Eingangsdatum des Antrags und das Datum des Bescheides abgestellt wird. Einer Feststellung und ggf. Beweiserhebung, wann die Beklagte intern ihren Entscheidungsprozess abgeschlossen hat, bedarf es nicht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-12-12