

L 8 KR 254/17

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 2 KR 72/15
Datum
08.05.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 254/17
Datum
05.09.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 8. Mai 2017 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Verpflichtung zur Gewährung von Sachleistungen an die Klägerin in Form postbariatrischer Operationen im Bereich der Oberschenkel, Brust, Flanken, Gesäß und Schamhügel.

Die 1982 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Jahr 2012 wurde bei ihr eine Magenbypass-Operation durchgeführt, in deren Folge sie bei einer Körpergröße von 1,70 m ihr Gewicht von zuvor 143 kg um 73 kg reduzieren konnte. Mit Schreiben vom 10. März 2014 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme eines Bodylift im Bereich Bauch, Flanken, Po und Schamhügel, Bruststraffung mit Prothesen und Oberschenkelrekonstruktion. Dem Antrag war eine ärztliche Bescheinigung ihrer Hausärztin Dr. C. vom 13. März 2014 beigelegt, wonach die Klägerin an Fettschürzen, psychischen Beeinträchtigungen und Bewegungsbeeinträchtigungen leide. Das Achsen skelett werde frühzeitig geschädigt und es drohe eine Muskelinsuffizienz. Weiter beigelegt waren ein Ausdruck der Hausärztin über ein Blutbild der Klägerin vom 27. März 2014, eine Fotodokumentation im unbedeckten Zustand sowie eine ärztliche Bescheinigung des Dreifaltigkeits-Krankenhauses Wesseling, Klinik für plastische Chirurgie vom 6. Februar 2014. Darin wurde die Durchführung einer zirkulären Dermofettresektion (modifiziertes Bodylift nach Lockwood) empfohlen. Dieser Eingriff werde aufgrund der ausgeprägten statischmuskulären Dysbalance des Rumpfes für medizinisch indiziert erachtet. Drei bis sechs Monate später würde dann eine beidseitige Oberschenkelrekonstruktion erfolgen. Weitere drei bis sechs Monate später die beidseitige Oberarmrekonstruktion und eine Bruststraffung mit bzw. ohne Prothesen.

Mit Schreiben vom 17. April 2014 forderte die Beklagte eine Stellungnahme beim medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) an und informierte die Klägerin hierüber mit Schreiben vom gleichen Tag. In ihrem Sozialmedizinischen Gutachten vom 5. Mai 2014 führte die Sachverständige Dr. D. für den MDK aus, dass eine Indikation für die Kostenübernahme der operativen Straffung der Bauchfetttschürze gesehen werde. Die funktionellen Einschränkungen seien insoweit plausibel und es sei auch nachvollziehbar, dass die Klägerin an chronisch rezidivierenden ekzematösen Hautveränderungen leide. Die Klägerin habe nach der vorliegenden Fotodokumentation kleine symmetrische leicht herabhängende Brüste. Die Brustgröße an sich stelle keinen regelwidrigen Körperzustand dar. Die Klägerin sei schlank und daher sei auch der Fettanteil der Brust gering. Soweit die Klägerin an psychischen Problemen leide, müsse die Klägerin vorrangig Psychotherapie in Anspruch nehmen. Weiter sei die Klägerin auch im Bereich der Brüste nicht entstellte. Es werde daher keine medizinische Indikation für eine operative Bruststraffung gesehen. Im Bereich der Oberschenkel seien medizinisch keine Funktionseinschränkungen zu erwarten. Die angegebenen Hautveränderungen seien medizinisch nicht plausibel. Eventuelle Hautbeschwerden seien durch hautärztliche Mitbehandlung und konsequente Hautpflege zu behandeln unter Einschluss sämtlicher zur Verfügung stehender Maßnahmen (u.a. konsequente Anpassung der Wäsche, Tragen langer Strümpfe, bzw. Strumpfhosen, ggfs. auch Leggings, konsequente Hautpflege, besondere Sorgfalt bei der Auswahl der Materialzusammensetzung der Wäsche, gute Körperhygiene, Vermeiden von Kratzen, ggf. Einsatz von austrocknenden Hautmitteln, wie Zinkpaste oder ähnliches). Eine Entstellung liege nicht vor, daher werde keine medizinische Indikation für die Oberschenkelstraffung gesehen.

Mit Bescheid vom 7. Mai 2014 erklärte sich die Beklagte bereit, die Kosten für die Bauchdeckenstraffung im Dreifaltigkeits-Krankenhaus in

Wesseling zu übernehmen. Im Übrigen lehnte die Beklagte den Antrag unter Bezugnahme auf das Ergebnis der Begutachtung des MDK ab. Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, durch die Hautüberschüsse an den Innenschenkeln komme es gerade im Sommer zu schmerzhaften Ekzemen und Abszessen. Die verbliebenen Hautüberschüsse und Fettschürzen an verschiedenen Körperstellen sowie die leeren Brustlappen führten bei ihr zu großen seelischen Problemen und belasteten ihre Ehe. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 20. Februar 2015 Klage vor dem Sozialgericht Wiesbaden erhoben. Zur Begründung hat die Klägerin das Vorliegen funktioneller Einschränkungen durch Hautüberschüsse und Reizungen der Haut bis hin zu rezidivierenden Entzündungen im Bereich der Oberschenkel und der Brust geltend gemacht. Weiterhin hat sie die Ansicht vertreten, hierdurch entstellt zu sein. Auf Nachfrage des Gerichts hat die Klägerin erklärt, es habe diesbezüglich keine Behandlung durch einen Hautarzt stattgefunden. Die Behandlung der Hautreizungen sei durch die Hausärztin erfolgt. Eine psychotherapeutische Behandlung habe ebenfalls nicht stattgefunden, da diese nicht indiziert sei.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht der Hausärztin der Klägerin Dr. C. vom 11. Februar 2016 sowie auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten bei dem Facharzt für plastische Chirurgie, Dr. E. eingeholt. Danach bestehe bei der Klägerin im Bereich der Oberschenkel ein regelwidriger Körperzustand. Diese seien mit sichtbaren lokalen Fettpolstern im gesamten zirkulären Bereich gekennzeichnet. Dies würde nachvollziehbar zu den von der Klägerin angegebenen intertriginösen Ekzemen führen. Beim aufrechten Stand sei an den Oberschenkelinnenseiten ein großflächiger Kontakt nachweisbar. Ekzeme hätten im Bereich der Brust, des Gesäßes sowie der Oberschenkel zum Begutachtungszeitraum nicht vorgelegen. Als kurative Behandlungsmaßnahmen stünden ausschließlich die wiederherstellenden Hautstraffungsoperationen zur Verfügung, welche bereits in Form einer Bauchdeckenplastik im Bereich des Abdomens mit sichtbarem Erfolg bei der Klägerin durchgeführt worden sei. Im Bereich der Brust sei eine Bruststraffung mit Autoaugmentation ggf. mit Lipofilling vorzunehmen. Im Bereich der Oberschenkel sei eine Oberschenkelstraffung mit adjuvanter zirkulärer Liposuktion und vorheriger adjuvanter Gesäßstraffung vorzunehmen. Dies führe zu einer Reduktion der Hautweichteilüberschüsse und zu einer langfristigen Remission aller existierender Beschwerden. Zwar seien keine permanenten therapieresistenten Hautreizungserscheinungen anamnestisch von der Klägerin angegeben worden. Es sei jedoch wiederholt auch zu solchen Hautreizungserscheinungen gekommen. Entsprechende dermatologische Maßnahmen im Sinne von Salbenapplikationen seien ebenfalls durch Haut- und Hausarztkonsultationen ausgeschöpft. Die Hautfalten seien anhängende zentrifugalwirksame Pendelgewichte, welche zu Einschränkungen der Körperdynamik und unphysiologischer Körper- und Gelenkbelastung führten. Der Befund der Klägerin stelle daher einen regelwidrigen und damit auch entstellenden Körperzustand dar. Nach der Einteilung der Pittsburgh Rating Scale liege eine postbariatrische Deformität des Schweregrades II bis III vor. Dies sei therapiebedürftig. Im entkleideten Zustand würde zweifelsfrei eine Entstellung vorliegen.

Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht vorgetragen, sie habe den Leistungsantrag am 27. März 2014 nach Zusammenstellung aller Unterlagen in den Briefkasten geworfen. Die Klägerin hat weiter ausgeführt, dass bislang lediglich die Bauchfettschürze entfernt worden sei. Es habe sich hier um eine reine Fettschürzenresektion gehandelt, das beantragte Bodylift sei jedoch nicht erfolgt. Daher müssten weitere postbariatrische Straffungsoperationen im Bereich der Flanken, des Gesäß und des Schamhügels sowie auch der Oberschenkel und der Brust als Sachleistung gewährt werden.

Mit Urteil vom 8. Mai 2017 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Übernahme der Kosten für postbariatrische Straffungsoperationen im Bereich der Oberschenkel, Brust, Flanken, Gesäß und Schamhügel, da insoweit keine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliege. Die Klägerin leide nach den vorliegenden Lichtbildern an Hautüberschüssen im Bereich der Oberschenkel, Brust und auch des Gesäßes. Diese führen jedoch nicht zu einer operationsbedürftigen körperlichen Fehlfunktion. Schon aus der ärztlichen Bescheinigung des Dreifaltigkeits-Krankenhauses vom 6. Februar 2014 lasse sich entnehmen, dass lediglich im Bereich des Bauches eine operative Straffung medizinisch indiziert gewesen sei. Danach habe die Fettschürze im Bereich des Bauches zu einer statisch muskulären Dysbalance des Rumpfes geführt. Funktionseinschränkungen im Bereich der Oberschenkel, des Gesäßes, der Brüste, der Flanken und des Mons pubis seien dort hingegen nicht angegeben worden. Auch aus dem Befundbericht ihrer Hausärztin ergebe sich nicht, dass die Klägerin hinsichtlich der noch streitgegenständlichen Körperteile an körperlichen Fehlfunktionen leide. Behandlungen von Hautreizungen oder Entzündungen im Bereich der noch streitgegenständlichen Körperregionen seien von der Hausärztin nicht angegeben worden. Wenn die Klägerin tatsächlich im Bereich der noch streitgegenständlichen Körperregionen an Hautreizungen und Entzündungen leide, seien diese vorrangig hautärztlich zu behandeln. Auch soweit die Klägerin im Verwaltungsverfahren zunächst noch vorgetragen habe, unter extremen seelischen Problemen aufgrund der Hautüberschüsse zu leiden, habe eine psychotherapeutische Behandlung nicht stattgefunden. Im Gerichtsverfahren sei dies von der Klägerin auch selbst nicht als indiziert gesehen worden. Vor dem Hintergrund, dass eine Operation gegenüber den ambulanten Behandlungsmaßnahmen als ultima ratio anzusehen sei, habe die Klägerin die Behandlungsmöglichkeiten bislang nicht ausgeschöpft. Soweit der Sachverständige Dr. E. in seinem Gutachten zu dem Ergebnis komme, dass kurativ nur wiederherstellende Hautstraffungsoperationen im Bereich der Brust, der Oberschenkel und des Gesäßes durchgeführt werden könnten, halte das Gericht dies nicht für überzeugend. Dessen Gutachten weise wesentliche Mängel auf. Der Sachverständige habe sich nicht inhaltlich mit der gutachterlichen Stellungnahme des MDK auseinandergesetzt, sondern nur lapidar festgestellt, dieses sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Zudem habe er sich nicht an die vorgegebene Beantwortung der Beweisfragen gehalten und lediglich eigene rechtliche Wertungen anstatt der geforderten medizinischen Diagnosen mitgeteilt. Offenbar habe er auch die Gerichtsakte nicht vollständig gelesen, da er davon ausgegangen sei, dass die Klägerin einen Hautarzt konsultiert habe und damit die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Die von ihm erhobenen Befunde seien nicht nachvollziehbar hergeleitet und daher auch sozialmedizinisch nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der Brust sei aufgrund seiner Befundangaben nicht erkennbar, dass ein krankhafter, behandlungsbedürftiger Zustand bestehe. Die auch von ihm angegebene körperliche Fehlfunktion im Bereich der Oberschenkel insbesondere durch Pendelgewichte sei für die Kammer nicht nachvollziehbar. Aus dem Gutachten ergebe sich nicht, dass dies durch den Sachverständigen ärztlich untersucht und im Rahmen einer Befunderhebung und Testung hergeleitet worden sei. Damit sei das Gutachten insgesamt nicht verwertbar. Auch seien die Hautüberschüsse der Klägerin im Bereich des Gesäßes, der Oberschenkel und der Brust sowie der Flanken und des Schamhügels im bekleideten Zustand nicht entstellend. Abweichungen des Aussehens von zeittypischen Normvorstellungen seien grundsätzlich keine Regelwidrigkeiten, soweit sie keine Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge hätten. Hingegen seien Entstellungen auch ohne Verlust oder Funktionsbeeinträchtigungen von Körperteilen wie Gliedmaßen oder Sinnesorganen eine körperliche Funktionsbeeinträchtigung, wenn sie dem Betroffenen ein freies und unbefangenes Leben unter den Mitmenschen erschweren oder unmöglich machen. Sei das betreffende Körperteil üblicherweise durch Kleidung bedeckt, liege in der Regel jedoch keine Entstellung vor. Ein regelwidriger Körperzustand ohne entstellende Wirkung und ohne

wesentliche Funktionseinschränkungen sei auch dann nicht als Krankheit zu werten, wenn er psychische Belastungen für den Betroffenen darstelle, die ihrerseits zu einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung geführt hätten. Die Kammer habe sich ein persönliches Bild von der Klägerin machen können. Es handele sich um eine sehr gepflegte und schlanke durchschnittlich große Frau. Im bekleideten Zustand seien keine Hautüberschüsse unter der Kleidung erkennbar. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf die begehrten postbariatrischen Straffungsoperationen nach der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3 a Satz 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#). Vorliegend habe die Klägerin den Antrag mit Schreiben vom 10. März 2014 gestellt. Die Klägerin habe in der mündlichen Verhandlung zwar vorgetragen, dass sie diese Unterlagen am 27. März 2014 zur Post aufgegeben habe. Sie habe jedoch keinen Nachweis über den Zugang bei der Beklagten. Der Verwaltungsakte lasse sich das Datum des Eingangs nicht entnehmen. Die Klägerin sei ausweislich der Verwaltungsakte mit Schreiben vom 17. April 2015 über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MdK informiert worden. Damit sei der Antrag jedenfalls am 17. April 2014 bei der Beklagten eingegangen. Ein früherer Zugang lasse sich nicht nachweisen, so dass die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V](#) mangels Ablauf der Frist nicht erfüllt seien.

Das Urteil ist am 26. Mai 2017 zugestellt worden. Die Berufung der Klägerin ist am 21. Juni 2018 eingegangen.

Die Klägerin ist der Ansicht, ihr Anspruch ergebe sich aus [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#), da die streitgegenständlichen Leistungen von ihr am 10. März 2014 beantragt worden seien und die ablehnende Entscheidung der Beklagten erst nach Ablauf der 5-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) ergangen sei. Eine Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#) sei zuvor nicht erfolgt.

Die Klägerin beantragt (singemäß), das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 8. Mai 2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 7. Mai 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr postbariatrische Wiederherstellungsoperationen im Bereich der Oberschenkel, der Brust, der Flanken, des Gesäßes und des Schamhügels als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch die Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt.

Der Senat hat die Beteiligten mit gerichtlicher Verfügung vom 20. November 2017 auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen oder Richter hingewiesen.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung durch Beschluss der Berufsrichter/innen gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf die Gewährung von Sachleistungen in Form postbariatrischer Wiederherstellungsoperationen im Bereich der Oberschenkel, der Brust, der Flanken, des Gesäßes und des Schamhügels.

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung setzt nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eine Krankheit voraus. Damit wird ein regelwidriger, vom Leitbild eines gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, welcher der ärztlichen Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht. Dabei kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit Krankheitswert im Rechtssinne zu; die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hat diese Grundvoraussetzungen für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht vielmehr dahingehend präzisiert, dass eine Krankheit nur vorliegt, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Oktober 2004, [B 1 KR 3/08 R](#); Urteil vom 28. Februar 2008, [B 1 KR 19/07 R](#) - juris -, Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 9. Februar 2017; [L 1 KR 134/14](#), juris Rn. 16). Wird durch eine Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, bedarf diese mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Februar 2003, [B 1 KR 1/02 R](#) und Beschluss vom 17. Oktober 2006, [B 1 KR 104/06 B](#); Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 9. Januar 2014, [L 5 KR 325/12](#); Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 15. April 2013, [L 1 KR 119/11](#) und vom 6. Oktober 2016, [L 8 KR 291/14](#) - juris -). Zu fordern ist in jedem Fall eine schwerwiegende Erkrankung, die erfolglose Ausschöpfung aller konservativen orthopädischen Behandlungsmaßnahmen und die mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahme auch den gewünschten Behandlungserfolg bringt (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 15. April 2013, [L 1 KR 119/11](#); Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 25. August 2016, [L 1 KR 38/15](#) - juris -; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 09. Februar 2017 - [L 1 KR 134/14](#) -, Rn. 20, juris). Dabei stellt überschüssige Haut für sich genommen keinen krankhaften Befund im vorgenannten Sinne dar (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 17. Juli 2014 - [L 1 KR 160/13](#) -, Rn. 23, juris).

Im Bereich im Bereich der Oberschenkel, der Brust, der Flanken, des Gesäßes und des Schamhügels der Klägerin liegt ein regelwidriger Körperzustand im Sinne der vorbezeichneten Grundsätze nicht vor. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats zweifelsfrei aus dem Gutachten der Sachverständigen Dr. D. für den MDK vom 5. Mai 2014, in dem diese nachvollziehbar dargelegt hat, dass die sich infolge der Magenbypass-Operation gebildeten Hautüberschüsse im Bereich der Oberschenkel, der Brust, der Flanken, des Gesäßes und des Schamhügels weder zu funktionellen Beeinträchtigungen von Körperfunktionen noch zu einer Entstellung der Klägerin geführt haben, welche die Indikation zu einem operativen Eingriff in diesen Bereichen rechtfertigen könnte. Soweit hierdurch bei der Klägerin psychische Beeinträchtigungen oder Hauterkrankungen hervorgerufen worden sind, sind diese zunächst vorgreiflich durch Ausschöpfung der zur

Verfügung stehenden konventionellen, nichtoperativen Behandlungsalternativen auf psychiatrischem und dermatologischen Gebiet zu behandeln. Die gegenteilige Auffassung in dem auf Antrag der Klägerin eingeholten Gutachten bei dem Sachverständigen Dr. E. vermag den Senat hingegen aus den vom Sozialgericht in der angefochtenen Entscheidung dargelegten Gründen nicht zu überzeugen. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat auf die umfassende Beweiswürdigung des Sozialgerichts Bezug und verzichtet insoweit auf die erneute Darlegung (§ 153 Abs. 2 SGG). Seitens der Klägerin wurden hiergegen im Rahmen der Berufung auch keine inhaltlichen Einwände vorgetragen.

Der Anspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus einer verspäteten Entscheidung der Beklagten über den Leistungsantrag.

Gemäß § 13 Abs. 3a 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 S. 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 S. 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 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). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V). Für Leistungen zur medizinischen Reha gelten abweichend die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V).

Vom Sozialgericht wurde diesbezüglich zutreffend darauf hingewiesen, dass sich ein Eingang des Leistungsantrags bei der Beklagten vor dem 17. April 2014 vorliegend nicht nachweisen lässt. Die Übersendung der Antragsunterlagen an die Beklagte erfolgte zwar mit einem Schreiben der Klägerin, das mit dem 10. März 2014 datiert war. Beigefügt war aber unter anderem eine ärztliche Bescheinigung vom 13. März 2014 sowie Labordaten vom 27. März 2014, so dass das Datum der Antragsschrift jedenfalls nicht mit dem maßgeblichen Zeitpunkt des Eingangs des Antrags bei der Beklagten in Übereinstimmung zu bringen ist. Aus dem Vorbringen der Klägerin, die Antragsunterlagen am 27. März 2014 in den Briefkasten eingeworfen zu haben, lässt sich nicht zweifelsfrei darauf schließen, zu welchem Zeitpunkt der Antrag bei der Beklagten eingegangen ist. Die Verwaltungsakte der Beklagten enthält hierzu ebenfalls keinen Hinweis. Von der Beklagten wurde jeweils mit Schreiben vom 17. April 2014 eine Begutachtung nach Aktenlage beim MDK angefordert und die Klägerin hierüber in Kenntnis gesetzt. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht sieht daher auch der Senat einen Eingang des Antrags bei der Beklagten vor dem 17. April 2014 nicht als erwiesen an. Ausgehend hiervon erfolgte die Erteilung des Bescheides am 7. Mai 2014 im Anschluss an die Begutachtung durch den MDK am 5. Mai 2014 innerhalb der vorgenannten Entscheidungsfristen, so dass sich der Anspruch der Klägerin auch nicht aufgrund einer verspäteten Entscheidung der Beklagten über den Leistungsantrag im Wege der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V ergibt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-09-20