

S 34 KR 197/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
34
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 34 KR 197/14
Datum
28.11.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 106/17
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Der Bescheid vom 29.08.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2014 wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin Hautstraffungen im Bereich des Bauchs, der Beine und Arme, der Brust und des Gesäßes als Sachleistung zu gewähren.

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

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine postbariatrische Wiederherstellungsoperation als Sachleistung im Bereich des Bauchs, der Beine, Armen, der Brust und des Gesäßes nach den Vorschriften des Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Die 1970 geborene Klägerin verlor durch eine Magenbypassoperation im Jahr 2011 90 kg. Infolge dieser Gewichtsreduktion bildeten sich an Oberarmen, den Beinen, dem Gesäß und dem Bauch Hautüberschüsse und eine Bauchfettschürze. Zudem bildete sich eine Erschlaffung der Brüste.

Am 19.07.2013 beantragte die Klägerin die Genehmigung der hautstraffenden Operation. Daraufhin erstattete der Medizinische Dienst der Krankenkassen in Hessen (MDK) der Beklagten ein Gutachten. Dieser führte aus, dass wesentliche Funktionseinschränkungen oder Bewegungseinschränkungen nicht feststellbar seien. Des Weiteren seien therapieresistente Hautreizungserscheinungen nicht festzustellen. Mit entsprechender Alltagskleidung seien die Hauterschläffungen und Fettschürzenbildungen gut kaschierbar.

Mit Bescheid vom 29.08.2013 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, dass nach dem Gutachten des MDK eine medizinische Indikation nicht gegeben sei.

Dagegen legte die Klägerin am 13.09.2013 Widerspruch ein. Am 27.11.2013 erstattete der MDK ein weiteres Gutachten. Es könne weiterhin keine Empfehlung für die Übernahme der Kosten erfolgen. Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen richtet sich die erhobene Klage. Sie ist der Ansicht, dass die Leistung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) genehmigt sei.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 29.08.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Hautstraffungen im Bereich des Bauchs, der Beine und Arme, der Brust und des Gesäßes als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie stützt sich im Wesentlichen auf die Ausführungen im Ausgangs- und Widerspruchsbescheid. Zudem ist sie der Ansicht, dass eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht eingetreten sei, da der Antrag bereits 2012 gestellt worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie

der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten, die jeweils Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Sie wurde insbesondere form- und fristgerecht vor dem zuständigen Sozialgericht erhoben ([§§ 87, 90 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid vom 29.08.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2014 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Es ist eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eingetreten, da die Beklagte nicht innerhalb von fünf Wochen über den Antrag der Klägerin entschieden hat.

Nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) hat die Krankenkasse über den Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber 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 Gründe 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 Überschreitung der Fünf-Wochen-Frist, die die Beklagte zwischen Antragseingang und Entscheidung einzuhalten gehabt hätte, erfüllt. Die Beklagte beschied den Antrag der Klägerin nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von fünf Wochen, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Die Klägerin beantragte bei der Beklagten am 19.07.2013 hinreichend bestimmt die hautstraffenden Operationen. Zwar hat die Klägerin, wie die Beklagte anführt, die Leistungen bereits am 02.07.2012 beantragt. Jedoch wurde in dem Bescheid vom 29.08.2013 ausdrücklich der Antrag vom 19.07.2013 beschieden. Die Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) begann vorliegend am 20.07.2013 und endete am 23.08.2013. Der Bescheid vom 29.08.2013 wurde somit nach Ende der Fünf-Wochen-Frist erlassen. Die Beklagte hat der Klägerin auch keine Gründe mitgeteilt, weshalb die Frist nicht eingehalten werden könnte.

Nach Ansicht der Kammer sind auch die Voraussetzungen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.03.2016 ([B 1 KR 25/15 R](#)) erfüllt. Die begehrte Leistung der Klägerin ist fiktionsfähig. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) ist eine Leistung fiktionsfähig, wenn die Klägerin diese Leistung für erforderlich halten durfte und diese nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Die Gesetzesregelung ordne diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirke eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen würden. 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 überwinde, die jedem Versicherten klar sein müsse (vgl. BSG, a.a.O. – juris Rn. 25-26).

Die beantragten Hautstraffungen als stationäre Krankenhausbehandlung unterfallen nach ihrer Art dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz zu ambulanten Leistungen normiert das SGB V keinen Erlaubnisvorbehalt, sondern in [§ 137c SGB V](#) eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die keine negative Bewertung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) wie hier – vorliegt, dürfen von den Krankenhäusern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Bei jeder Krankenhausbehandlung muss zuvor geprüft werden, ob die Behandlung medizinisch indiziert und notwendig ist. 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 (vgl. BSG, a.a.O. – juris Rn. 32). Dass eine stationäre 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 Köln, Urteil vom 05.07.2016 – [S 34 KR 717/14](#) – juris Rn. 42).

Die Klägerin konnte auch aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags durch Dr. C. und Dr. D. die Behandlung für geeignet und erforderlich halten.

Nach der Rechtsprechung des BSG umfasst die Genehmigungsfiktion nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch den Sachleistungsanspruch. Dieser ermögliche 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. – juris Rn. 25).

Die beantragte Leistung gilt somit als genehmigt. Der Bescheid vom 29.08.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2014 war somit aufzuheben.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-02-27