

L 5 KR 238/15 B ER

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Schleswig (SHS)
Aktenzeichen
S 23 KR 38/15 ER
Datum
18.11.2015
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 238/15 B ER
Datum
20.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Werden die Fristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) seitens der Krankenkasse nicht eingehalten, gilt die beantragte Leistung einer stationär durchzuführenden Liposuktion nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift ohne Prüfung der Erforderlichkeit als genehmigt.

2. Zur Bedeutung des Antrags in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) im Hinblick auf den Leistungsumfang.

Die Beschwerden der Antragstellerin und der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Schleswig vom 18. November 2015 werden zurückgewiesen. Die Antragsgegnerin hat der Antragstellerin auch für das Beschwerde- verfahren die Hälfte ihrer notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Übernahme der Kosten einer stationären Liposuktion der oberen Extremitäten und der Bauchdecke einschließlich der Hautstraffung und der Hautstraffung der unteren Extremitäten.

Die 1961 geborene Antragstellerin ist bei der Antragsgegnerin krankenversichert. Sie leidet seit ca. 2007 an Lipödemen mit Schmerzzuständen an den Extremitäten als Folge von Lymphabflussstörungen. Bei ihr bestehen darüber hinaus degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats in Gestalt einer Arthrose der großen Gelenke und der Wirbelsäule sowie einer Valgusgonarthrose. Außerdem ist bei ihr ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert.

Am 10. September 2014 beantragte die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin die Kostenübernahme "der medizinisch notwendigen stationären Liposuktionen meines sehr schmerzhaften Lipödems an den Beinen, Hüfte und Armen". Dazu legte sie umfangreiche medizinische Berichte verschiedener Kliniken aus 2013 und 2014 einschließlich einer Bilddokumentation vor. Aus den Unterlagen ergibt sich, dass die IKK classic, bei der die Antragstellerin zuvor krankenversichert war, mit Bescheid vom 31. März 2014 - erneut - eine Fettküretage abgelehnt hatte.

Die Antragsgegnerin holte eine gutachterliche Stellungnahme ihres Sozialmedizinischen Dienstes ein und bewilligte mit Bescheid vom 20. Oktober 2014 eine Übernahme der Kosten der stationären Liposuktion der unteren Extremitäten in Höhe der Vertragssätze. Eine Entscheidung über die Kostenübernahme für die Liposuktion der oberen Extremitäten sei erst nach Ausschöpfen und dem schriftlichen Nachweis aller konservativen Therapiemaßnahmen möglich. Anschließend unterzog sich die Antragstellerin in drei Behandlungsschritten von Dezember 2014 bis September 2015 stationärer Liposuktionsbehandlungen der unteren Extremitäten. Dabei wurden ihr nach dem Bericht der A Klinik H vom 29. September 2015 insgesamt 1.000 ccm Fettgewebe entfernt.

Am 22. Juli 2015 bat die Antragstellerin die Antragsgegnerin um kurze Bestätigung, dass die Kosten für die Liposuktion der Arme, die Hautstraffung und Bauchdeckenstraffung ebenfalls übernommen würden. Zur Begründung wies sie darauf hin, dass der Antrag insoweit nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als genehmigt gelte. Dies lehnte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 31. Juli 2015 ab. Hiergegen hat die Antragstellerin Widerspruch erhoben, über den bisher noch nicht entschieden wurde.

Am 12. Oktober 2015 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Schleswig die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Kostenübernahme der Liposuktion und Hautstraffung der oberen Extremitäten und der Bauchdecke sowie den Hautstraffungen an den unteren Extremitäten im

Wege des einstweiligen Rechtsschutzes beantragt und zur Begründung vorgetragen: Hinsichtlich der nicht bewilligten Liposuktion an den Armen sowie der sekundären Straffungsoperationen habe sie einen Anspruch gegenüber der Antragsgegnerin nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), da die dort genannte Frist von drei Wochen nicht eingehalten sei, bzw. sie bis zum Bescheid vom 22. Oktober 2014 keinerlei Mitteilung von der Antragsgegnerin erhalten habe. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) reiche nicht nur soweit, dass sich nunmehr der Versicherte die Leistung selbst beschaffen könne, sondern dass dieser nunmehr einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf die Leistung habe. Ein anderes Ergebnis würde zu der unerträglichen Folge führen, dass sozial schwächer gestellte Versicherte, die finanziell nicht in der Lage seien, in Vorleistung zu treten, nicht von dieser Regelung profitieren könnten. Diese Rechtslage sei eindeutig, so dass an die Eilbedürftigkeit nicht so hohe Anforderungen zu stellen seien. Gleichwohl lasse sich den Arztberichten entnehmen, dass sie unter erheblichen Schmerzen der Oberarminnenseiten leide und funktionell dadurch beeinträchtigt sei. Sie benötige die Behandlung daher zügig, um sich beruflich wieder eingliedern zu können. Die Liposuktion entspreche auch der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Die Schmerzen und funktionelle Einschränkungen führten dazu, dass sie derzeit nicht beruflich tätig sein könne und dadurch erhebliche finanzielle Einbußen erleide.

Die Antragsgegnerin hat die Auffassung vertreten, dass, wie sich insbesondere aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) ergebe, nur die erforderlichen Leistungen zu bewilligen seien. Daraus könne geschlossen werden, dass die Maßstäbe des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) Anwendung fänden, was hinsichtlich der stationären Liposuktion nicht der Fall sei. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) reiche nur so weit, dass sich Versicherte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen könnten, ohne eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Außerdem zeige der Umstand, dass die Operationen im Bereich der unteren Extremitäten erst im Dezember 2014 und April 2015 durchgeführt worden seien, dass eine Eilbedürftigkeit im Sinne eines Anordnungsgrundes nicht vorliege. Darauf hat die Antragstellerin erwidert, der Grund für den Operationstermin im Dezember 2014 liege darin, dass sie, die Antragstellerin, die Kostenzusage abgewartet und sich dann um einen Operationstermin bemüht habe. Sie sei zur Antragsgegnerin gewechselt, weil man ihr dort auf Nachfrage zugesichert habe, die Kostenübernahme für die medizinisch notwendigen Behandlungen in Form von Liposuktion und Hautstraffung zu erteilen. Zum Nachweis der Eilbedürftigkeit hat die Antragstellerin einen Bericht des Internisten Dr. L von dem Nieren- und Hochdruck-Zentrum K vorgelegt.

Mit Beschluss vom 18. November 2015 hat das Sozialgericht der Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung aufgegeben, die Antragstellerin mit einer Liposuktion an ihren oberen Extremitäten als Heilbehandlung hinsichtlich der dort gegebenen Lipödeme im Rahmen einer stationären Behandlung zu versorgen. Die darüber hinaus beantragte einstweilige Anordnung hat es abgelehnt und zur Begründung ausgeführt:

"a) Gemessen an diesem Maßstab hat die Antragstellerin zunächst das Bestehen eines Anordnungsanspruchs auf die von ihr mit Schreiben vom 08.09.2014 am 10.09.2014 bei der Antragsgegnerin beantragte Sachleistung glaubhaft gemacht, soweit die Antragsgegnerin den Anspruch nicht bereits auf Grundlage des Bewilligungsbescheids vom 20.10.2014 erfüllt hat. Ausweislich des Antragschreibens vom 08.09.2014 hatte die Antragstellerin seinerzeit lediglich die Durchführung von stationären Liposuktionsbehandlungen an ihren Beinen, Hüften und Armen beantragt (vgl. erster Absatz des Antragsschreibens). Der Anspruch auf die entsprechende Sachleistung im Sinne des [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) besteht hier deshalb, weil die Antragsgegnerin der Antragstellerin nicht gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) mitgeteilt hat, dass sie über den Leistungsantrag vom 10.09.2015 nicht innerhalb von fünf Wochen ab Antragseingang entscheiden könne. Rechtsfolge dieser unterbliebenen Mitteilung ist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#), dass die Leistung nach Ablauf der Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) als genehmigt gilt. Da also für den Umfang der Genehmigung und mithin für die Leistungspflicht der Krankenkasse im Fall der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nicht ein bestimmter Bewilligungsbescheid maßgeblich ist, sondern der Antrag des Versicherten, muss der Antrag an sich bestimmt sein (vgl. auch Helbig, in jurisPK-SGB V, Stand: 14.10.2015, § 13 Rn. 28.15). Dabei ist grundsätzlich vom Wortlaut des Antrags auszugehen. Eine Auslegungsbedürftigkeit eines Antrages besteht erst dort, wo der Wortlaut des Antrags nicht mehr eindeutig ist. Der Wortlaut des Antrags der Antragstellerin gemäß Antragsschreiben vom 08.09.2014 ist indes sehr eindeutig und bezieht sich seinem Wortlaut nach allein auf stationäre Fettsaugungen an Beinen, Hüften und Armen (nicht jedoch auf Haut- und Bauchdeckenstraffungsoperationen).

Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) greift hinsichtlich des Antrags der Antragstellerin vom 10.09.2014 ein, weil die Antragsgegnerin nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) verpflichtet war, innerhalb von fünf Wochen ab Eingang über den Antrag zu entscheiden (hier lief die fünfwöchige Entscheidungsfrist, weil die Antragsgegnerin eine gutachterliche sozialmedizinische Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes eingeholt hatte). Mithin hätte die Antragsgegnerin bis zum Ablauf des 15.10.2015 über den Antrag entscheiden oder aber der Antragstellerin mitteilen müssen, dass und weshalb sie diese Frist nicht einhalten können würde ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Weder ist innerhalb dieser Frist eine Entscheidung der Antragstellerin ergangen, noch wurden der Antragstellerin Gründe für die Fristüberschreitung mitgeteilt. Die am 10.09.2014 von der Antragstellerin beantragten Leistungen galten deshalb seit Ablauf des 15.10.2014 als genehmigt. Im vorliegenden Verfahren sind indes lediglich noch solche stationären Liposuktionsbehandlungen streitbefangen, die der Antragstellerin nicht bereits auf Grundlage des am 20.10.2014 erlassenen Teil-Bewilligungsbescheides als Sachleistung erbracht worden sind. Nach dem Vortrag der Beteiligten hat sich die Antragstellerin mittlerweile drei stationären Liposuktionseingriffen unterzogen, die die unteren Extremitäten und – ausweislich des Arztbriefs vom 29.09.2015 – auch die Hüften der Antragstellerin betrafen. Diese auf Kosten der Antragsgegnerin durchgeführten Operationen stellen Sachleistungen dar, die der Antragstellerin nur auf Grundlage des Bewilligungsbescheides vom 20.10.2015 erbracht worden sein können. Mithin sind nur noch die begehrten und als genehmigt geltenden Liposuktionsbehandlungen an den Armen der Antragstellerin nicht zu Lasten der Antragsgegnerin erbracht worden. Insoweit war dem Eilantrag der Antragstellerin daher auch stattzugeben.

Soweit die Antragsgegnerin die Rechtsansicht vertritt, dass Konsequenz des Eintritts der Genehmigungsfiktion nur sei, dass sich die versicherte Person die beantragte Leistung selbst beschaffen und anschließend die entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstattet verlangen könne ([§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)), ist dies unzutreffend. Das Sozialgericht Lüneburg hat dazu mit Urteil vom 17.02.2015 ([S 16 KR 96/14](#), zitiert nach juris) ausgeführt:

„Dabei steht der Klägerin nicht nur ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Selbstbeschaffung der begehrten Leistung zu, sondern auch der hier geltend gemachte Versorgungsanspruch als Sachleistungsanspruch. Dem steht [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht entgegen. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder einen Kostenerstattungsanspruch für die erforderliche Leistung. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtsgesetz (PatRechtG) ergibt ([BR-Drucks.](#)

[312/12, S. 46](#), siehe auch [BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war ([BT-Drucks. 17/11710, S. 30](#)), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere den klaren Wortlaut im Sinne der Beklagten einschränkende Erläuterungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlosse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) praktisch aus dem Schutzbereich des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V aus (so im Ergebnis auch SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, [S 21 KR 282/13](#); SG Nürnberg, Beschluss vom 25.3.2014, S 7 KR 100/14 ER, Urteil vom 27.3.2014, [S 7 KR 520/13](#); und wohl auch SG Dortmund, Beschluss vom 31.1.2014, [S 28 KR 1/14 ER](#); sowie Noftz in Hauck/Haines, SGB V, Erg.-Lfg. 1/14, § 13 S. 78g ff.).

Dem schließt sich die Kammer uneingeschränkt an. Durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion hat die Antragstellerin hier daher einen Sachleistungsanspruch auf die bislang noch nicht bewilligten Liposuktionsbehandlungen an ihren Armen gegen die Antragsgegnerin erworben. Dabei kommt es nicht darauf an, ob diese Therapieform als neue Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 SGB V](#) grundsätzlich dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfällt und dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) entspricht oder nicht. Wenn man diese - hier auch von der Antragsgegnerin vertretene - Rechtsauffassung zugrundelegt, würde die gesetzgeberische Intention zur Neuschaffung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), die auch darin bestand, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes (vgl. [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#)) vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen und eine zu langsam arbeitende Krankenkasse zu sanktionieren (SG Lüneburg, a.a.O. unter Verweis auf SG Mannheim, Urteil vom 03.06.2014, [S 9 KR 3174/13](#); Wenner, Patientenrechte im Krankenversicherungsrecht, SGB 2013, 162 ff.), unterlaufen und es hätte genauso gut bei der bisherigen Rechtslage verbleiben können (SG Gelsenkirchen, Urteil vom 05.02.2015, [S 17 KR 524/14](#), zitiert nach juris; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014, [L 5 KR 222/14 B ER](#), zitiert nach juris).

Soweit der Antragstellerin dieser durch die Genehmigungsfiktion vermittelte Anordnungs-/Sachleistungsanspruch zusteht, steht dem Eilbegehren auch der erforderliche Anordnungsgrund zur Seite. Der der Antragstellerin im Falle des Nichterlasses der begehrten einstweiligen Anordnung bzw. im Falle des Verweises der Antragstellerin auf die Durchführung eines regulären Klage-Hauptsacheverfahrens drohende erhebliche Nachteil im Sinne des [§ 86b Abs. 2 Satz 2](#) ist in dem Fortbestehen des in den oberen Extremitäten der Antragstellerin wegen des dortigen Lipödems lokalisierten Schmerzzustandes mit der Gefahr einer Chronifizierung des Schmerzempfindens zu sehen. Dabei ist von maßgeblicher Bedeutung, dass aufgrund des Umstandes, dass der Antragstellerin der Anspruch auf stationäre Liposuktionsbehandlungen an ihren Armen wegen des diesbezüglichen Eintritts der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) offensichtlich und ganz eindeutig zusteht, an das Vorliegen einer besonderen Eilbedürftigkeit des Rechtsschutzgesuchs der Antragstellerin nur noch abgesenkte Anforderungen zu stellen waren. Denn Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund stehen nach vorherrschender Meinung, der sich die Kammer hier anschließt, dergestalt in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander, dass an das Vorliegen eines Anordnungsgrundes umso geringere Anforderungen zu stellen sind, je eindeutiger der verfolgte Anordnungsanspruch besteht, und umgekehrt (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 86b Rn. 27).

b) Nicht begründet ist der Eilantrag jedoch, soweit die Antragstellerin mit diesem ihre Versorgung mit einer Bauchdeckenplastik und mit sekundären Hautstraffungsoperationen begehrt. Insoweit lässt sich schon kein Anordnungsanspruch feststellen. Insbesondere greift hinsichtlich dieses Sachleistungsbegehrens nicht die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) ein, da die Antragstellerin die vorgenannten Therapien - anders als die Liposuktionsbehandlungen - nicht am 10.09.2014 beantragt hatte. Wie bereits oben ausgeführt, bezog sich der Antrag gemäß Schreiben vom 08.09.2014 allein auf die Fettabsaugungen an Beinen, Hüften und Armen, nicht aber auf nachfolgende Haut- bzw. Bauchdeckenstraffungsoperationen. Zwar hat die Antragstellerin bereits in ihrem an die Antragsgegnerin gerichteten Schreiben vom 21.07.2015 behauptet, im September 2014 auch die Versorgung mit Haut- und Bauchdeckenstraffungen beantragt zu haben. Dies ist ausweislich des Antrags Schreibens vom 08.09.2014 jedoch nicht zutreffend; in dem Schreiben sind die nun auch im Rahmen des vorliegenden gerichtlichen Verfahrens begehrten Straffungseingriffe mit keinem Wort erwähnt. Gerade wegen der im Rahmen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) gegebenen großen Bedeutung des Leistungsantrags für die konkrete Leistungspflicht der Krankenkasse, ist der Antrag der versicherten Person grundsätzlich beim Wort zu nehmen. Eine Auslegung des Antrags vom 10.09.2014 dahin, dass mit diesem auch den Liposuktionen nachgehende Straffungsoperationen umfasst sein sollten, scheidet deshalb von vornherein aus. Selbst wenn man eine Auslegungsfähigkeit des Antragsschreibens vom 08.09.2014 bejahte, könnte die Auslegung nicht dazu führen, die sekundären Straffungsoperationen als von dem Antrag mit umfasst anzusehen. Denn in den dem Antrag beigelegten bzw. zum Teil schon vorher eingereichten Befundberichten der die Antragstellerin behandelnden Ärzte, auf die zum Zwecke der Auslegung des Antragsschreibens zurückzugreifen wäre, ist weit überwiegend allein eine medizinische Indikation für die Liposuktionen zur Behandlung des Lipödems dargelegt. Das betrifft insbesondere auch die Berichte der plastischen Chirurgen Dr. Ha (vom 27.08.2013) und Dr. D (vom 18.02.2014). Einzig in dem Arztbericht des L Clinicums vom 24.04.2014 sind auch sekundäre Straffungsoperationen des Hautmantels erwähnt. Dies kann in keinem Fall dazu führen, dass dem Antrag der Antragstellerin vom 10.09.2014, der sich ausdrücklich nur auf Liposuktionsbehandlungen bezieht, ein erweiterter Bedeutungsgehalt beigelegt wird, wonach auf die Versorgung mit den Hautstraffungsoperationen beantragt werde. Weder die Krankenkasse noch das Gericht sind verpflichtet, jeden von einem Antragsteller eingereichten ärztlichen Befundbericht bis ins kleinste Detail darauf zu untersuchen, ob in dem Bericht ggf. eine Behandlungsmaßnahme genannt ist, deren Durchführung - neben dem ausdrücklich Erklärten - ebenfalls im (mutmaßlichen) Interesse des Antragstellers liegen könnte, und den Antrag dann entsprechend zu erweitern. Daher ist hinsichtlich der sekundären Straffungsoperationen keine Genehmigungsfiktion eingetreten.

Weder aus dem Vortrag der Antragstellerin im vorliegenden Eilverfahren, noch aus den zahlreichen hier vorgelegten ärztlichen Befund- und Behandlungsberichten lässt sich eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür ableiten, dass die begehrten Hautstraffungsoperationen eine im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) notwendige Krankenbehandlung darstellen. Insoweit waren auch keine weitergehenden sozialmedizinischen Ermittlungen des Gerichts veranlasst. Denn selbst wenn sich eine grundsätzliche Notwendigkeit der Durchführung nachgehender Straffungsoperationen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte feststellen lassen, so fehlt doch jeder Anhaltspunkt - und damit jedwede Veranlassung für das Gericht, auch in diese Richtung zu ermitteln - dafür, dass es der Antragstellerin unzumutbar wäre, einen entsprechenden Anspruch gegenüber der Antragsgegnerin im Rahmen eines regulären Klageverfahrens geltend zu machen. Die Entfernung von Hautfalten dürfte primär aus ästhetischen Gesichtspunkten und eventuell zum Zwecke der Vermeidung entzündlicher

Hautveränderungen in Betracht kommen. Diese Zwecke erscheinen nicht besonders eilbedürftig, so dass es jedenfalls an der Glaubhaftmachung eines diesbezüglichen Anordnungsgrundes mangelt. Es kommt hinzu, dass fraglich erscheint, ob die Antragstellerin die Versorgung mit den nachgehenden Hautstraffungsoperationen bislang überhaupt zu irgendeinem Zeitpunkt gegenüber der Antragsgegnerin beantragt hat (insoweit dürfte allenfalls das Erinnerungsschreiben vom 21.07.2015 als Erstantrag in Betracht kommen); auch dass die Antragsgegnerin im Verwaltungswege zu irgendeinem Zeitpunkt eine diesbezügliche (Erst-) Entscheidung getroffen hätte, lässt sich dem Verwaltungsvorgang nicht entnehmen."

Gegen den beiden Beteiligten jeweils am 23. November 2015 zugestellten Beschluss richten sich die Beschwerde der Antragsgegnerin vom 18. und die Beschwerde der Antragstellerin vom 21. Dezember 2015.

Die Antragsgegnerin trägt ergänzend vor: Zuzugeben sei, dass bei isolierter Betrachtung der Genehmigungsfiktion der Eindruck entstehen könne, dass die Leistung genehmigt und dadurch ein Sachleistungsanspruch eröffnet sei. Dies lasse allerdings den Satz 7 unberücksichtigt und die systematische Gesamtbetrachtung des Absatzes 3a in dem [§ 13 SGB V](#). Diese Norm sehe nämlich ausschließlich Kostenerstattungsansprüche vor und keine weitreichenden Sachleistungsansprüche, mit denen zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) ausgehebelt würde. Außerdem sei die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers gerade nicht die Schaffung eines primären Sachleistungsanspruchs gewesen. Im Falle der Schaffung eines Sachleistungsanspruchs im Rahmen des [§ 13 SGB V](#) sei ein entsprechender Hinweis in den Gesetzesmaterialien zu erwarten gewesen. Die Liposuktion befinde sich noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung und erfülle die Voraussetzungen der [§§ 2, 12, 28](#) und [70 SGB V](#) nicht. Die Leistung sei nicht im EBM enthalten und dürfe somit grundsätzlich auch nicht zu Lasten der GKV ambulant erbracht werden. Gleiches ergebe sich im Rahmen des [§ 137c SGB V](#) für den stationären Bereich. Zudem sei medizinisch nicht fundiert glaubhaft gemacht worden, dass in dem Fortbestehen des in den oberen Extremitäten der Antragstellerin lokalisierten Schmerzzustandes die Gefahr einer Chronifizierung des Schmerzempfindens zu sehen sei.

Die Antragstellerin hält die angefochtene Entscheidung hinsichtlich der Auslegung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) für zutreffend. Dafür spreche schon der klare Wortlaut der Vorschrift. Zahlreiche Entscheidungen von Sozialgerichten stützten ihre Auffassung. Darüber hinaus sei der Beschluss abzuändern, als er die sekundäre Straffungsoperation und Bauchdeckenplastik versage. Es treffe zwar zu, dass die Antragstellerin diese nicht ausdrücklich in ihrem Antragschreiben aufgeführt habe, dies jedoch einzig vor dem Hintergrund, dass deren Erforderlichkeit dem Bericht des L -Klinikums zu entnehmen sei. Im Übrigen wäre die Antragsgegnerin verpflichtet gewesen, darauf hinzuwirken, klare und sachdienliche Anträge zu stellen. Die Antragsgegnerin erwidert, es sei nicht erkennbar, dass mit der am 10. September 2014 beantragten Kostenübernahme ein klarer und sachdienlicher Antrag nicht gestellt worden sei, mithin es keiner Ergänzung des Antrages durch die Antragsgegnerin bedürft habe.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegten Beschwerden sind zulässig, aber unbegründet. Die vom Sozialgericht ausgesprochene einstweilige Anordnung ist nicht zu beanstanden.

Die Voraussetzungen einer einstweiligen Anordnung werden in dem angefochtenen Beschluss unter Hinweis auf die dafür maßgebende Vorschrift des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) aufgeführt. Es handelt sich dabei um den Anordnungsanspruch mit der Erfolgsaussicht der Hauptsache und dem Anordnungsgrund, dessen Inhalt die Eilbedürftigkeit der erstrebten einstweiligen Regelung ist. Das einstweilige Rechtsschutzverfahren dient dabei vorläufigen Regelungen. Eine Vorwegnahme der Hauptsache durch die Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz ist grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Vorwegnahme der Hauptsache liegt etwa dann vor, wenn, wie hier, eine begehrte Sachleistung aufgrund einer einstweiligen Anordnung erbracht wird. Das bedeutet allerdings nicht, dass einstweilige Anordnungen, die auf eine solche Vorwegnahme der Hauptsache gerichtet sind, stets ausgeschlossen sind. Da der einstweilige Rechtsschutz als verfassungsrechtliche Notwendigkeit in jedem Verfahren gewährt werden muss, darf eine einstweilige Anordnung in solchen Fällen dann ausnahmsweise getroffen werden, wenn der Antragsteller eine Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr rechtzeitig erwirken kann. In dem Fall ist allerdings ein strenger Maßstab an Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund anzulegen. Vor diesem Hintergrund sieht der Senat in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht hier sowohl Anordnungsanspruch als auch Anordnungsgrund, bezogen allerdings nur auf die Liposuktion der oberen Extremitäten, als glaubhaft gemacht an. Hinsichtlich des darüber hinausgehenden Antrags liegen diese Voraussetzungen, wie durch das Sozialgericht entschieden, nicht vor. Der Senat nimmt daher zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug auf die Begründung in dem angefochtenen Beschluss ([§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#)) und weist ergänzend auf Folgendes hin:

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Antragstellerin ist [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Nach dieser Vorschrift 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. Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Dass die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Norm im Hinblick auf die Überschreitung der Fünf-Wochen-Frist erfüllt sind, ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Vielmehr streiten die Beteiligten über die Rechtsfolgen dieses Versäumnisses. Aufgrund des eindeutigen Wortlauts von Satz 6 der Vorschrift hat eine Säumnis dieser Frist die Folge, dass der Antragsteller von der Krankenkasse die beantragte Leistung verlangen kann bzw die durch die Leistung entstandenen Kosten erstattet verlangen kann.

Diese Auslegung folgt bereits aus dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift in Satz 6 " , gilt die Leistung als genehmigt". Diese Wortwahl durch den Gesetzgeber ist mit der Auslegung der Vorschrift, wie sie die Antragsgegnerin vertritt, nicht in Einklang zu bringen. Satz 6 und Satz 7 gewähren mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch (Satz 6) oder einen Kostenerstattungsanspruch (Satz 7) für die - genehmigte - Leistung. Die Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte der Norm ändert an dieser Auslegung nichts. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst nur einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst, wie der Entwurf des Patientenrechtegesetzes verdeutlicht (BT Drucks. 17/10488, S. 7). Nachdem aber durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen

Bundestages im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT Drucks. 17/11710, S. 11), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wobei auch in der Begründung ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt (BT-Drucks. 17/11710, S. 30), wurden Sätze 6 und 7 – ohne weitere den klaren Wortlaut im Sinne der Antragsgegnerin einschränkende Erläuterungen – in der Fassung des Abs. 3a aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch im Sinne der Auslegung der Antragsgegnerin als lediglich ein Instrument der Verkürzung des Beschaffungsweges beschränkt, hätten die Sätze 6 und 7 zusammengefasst einen anderen Wortlaut enthalten müssen, wie etwa: "Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, darf der Leistungsberechtigte sich die Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen; macht er hiervon Gebrauch, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen notwendigen Kosten verpflichtet." (so Noftz in: Hauck/Noftz, [§ 13 SGB V](#) Rz. 58I). Eine solche Formulierung hätte den Leistungsberechtigten davon entlastet, eine Leistungsablehnung der Krankenkasse vor Beschaffung zu erlangen. Im Übrigen hat sich die Auslegung von Gesetzesvorschriften stets an deren Wortlaut zu orientieren. Maßgebend dabei ist der zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, so wie er sich aus dem Wortlaut der Gesetzesbestimmung und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den diese hineingestellt ist. Nicht entscheidend ist dagegen die subjektive Vorstellung der am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Organe oder einzelner ihrer Mitglieder über die Bedeutung der Bestimmung. Lässt sich eine solche objektive, am Wortlaut orientierte Auslegung feststellen, stellt diese die Grenze für die Auslegung dar.

Gesetzsystematik, Regelungszweck und Entstehungsgeschichte der Norm stehen diesem Verständnis des Gesetzeswortlauts zumindest nicht entgegen. [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) enthält mit der Formulierung "gilt die Leistung als genehmigt" eine Fiktion, da das Genehmigungsverfahren noch nicht mit einem (stattgebenden) Verwaltungsakt abgeschlossen ist. Derartige Konstruktionen werden im öffentlichen Recht auch in anderen Vorschriften, z. B. im Baurecht, aber auch allgemein im Verwaltungsrecht in [§ 42a VwVfG](#) verwendet (vgl. hierzu Noftz, a.a.O.) mit denselben Rechtswirkungen wie der tatsächlich erteilte Verwaltungsakt. Mit dieser Fiktion wollte der Gesetzgeber offensichtlich innerhalb der zur Entscheidung eingeräumten Fristen zu Gunsten der Versicherten zügig Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen. Dies konnte er jedoch nur aufgrund der Genehmigungsfiktion. Eine Beschränkung auf eine Kostenerstattung, wie von der Antragsgegnerin vertreten, hätte zum einen die von der Antragstellerin aufgeführte Problematik des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) mit der Benachteiligung von Versicherten, die finanziell nicht in der Lage sind, die begehrte Leistung sich selbst zu beschaffen, zur Folge, sowie für sämtliche Versicherte das Risiko beinhaltet, später den Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nicht geltend machen zu können, sollte sich die Leistung als nicht zur gesetzlichen Krankenversicherung zugehörig herausstellen.

Der Senat verkennt nicht, dass im Gesetzestext bei der Kostenerstattungsregelung des [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) von der "erforderlichen Leistung" die Rede ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Einschränkung im Satz 6 nicht enthalten ist. Die Verwendung in Satz 7 erklärt sich zum einen aus der Gesetzesentstehung, indem nämlich der Absatz 3a in seiner später nicht gesetzgewordenen Ursprungsfassung von "erforderlicher Leistung" sprach. Den (umfassenden) Sachleistungsanspruch von einem (eingeschränkten) Kostenerstattungsanspruch je nach Erforderlichkeit abzugrenzen, verbietet sich schon aus Gleichbehandlungsgrundsätzen (LSG Saarland vom 17. Juni 2015 – [L 2 KR 180/14](#), in der Revision anhängig beim BSG unter Az. [B 1 KR 25/15 R](#)). Die Erforderlichkeit der Leistung folgt schon aus der Rechtswirkung der Genehmigungsfiktion. Die Fiktionswirkung schließt die Erforderlichkeit der Leistung nach Art und Umfang ein. Satz 7 ermächtigt den Leistungsberechtigten vielmehr (nun), sich die Leistung selbst zu beschaffen und eine Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse in vollem Umfang nur dann geltend zu machen, soweit die Leistung zweckmäßig, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich ist.

Wenngleich diese Auslegung, wohl entgegen der Auffassung des Sozialgerichts, nicht der einhelligen Rechtsprechung und Schrifttum entspricht, mithin ein Anspruch der Klägerin nicht "offensichtlich und ganz eindeutig" vorliegt, so geht doch erkennbar die herrschende Auffassung in der Sozialgerichtsbarkeit von der hier vertretenen Fiktionswirkung aus (s. dazu zuletzt LSG Saarland, a.a.O., mit zahlreichen Nachweisen). Auch das von der Antragstellerin vorgelegte gemeinsame Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen vom 15. Mai 2013, wonach Abs. 3a u. a. auch außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) erfassen soll, geht dabei offensichtlich von einer echten Genehmigungsfiktion aus.

Welche Leistungen in der Krankenversicherung von der Fiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) erfasst werden können bzw. bei welchen Leistungen eine Grenze der Genehmigungsfiktion zu ziehen ist, braucht der Senat vorliegend nicht zu entscheiden, wenn, wie hier, eine Leistung streitig ist, bei der es sich zwar um eine neue Behandlungsmethode handelt, diese aber in zahlreichen Krankenhäusern erbracht wird, wie die von der Antragstellerin vorgelegten Berichte zeigen.

Soweit der Antragstellerin der durch die Genehmigungsfiktion vermittelte Sachleistungsanspruch zusteht, liegt dem Eilbegehren auch, worauf das Sozialgericht zutreffend hinweist, der erforderliche Anordnungsgrund zur Seite. Auf die dortigen Ausführungen wird insoweit Bezug genommen. Die schmerzhaften und leistungseinschränkenden Auswirkungen der Lipödeme beschreibt und bestätigt u. a. Dr. L in seiner von der Antragstellerin vorgelegten Stellungnahme. Dieser Einschätzung widerspricht die Antragsgegnerin inhaltlich nicht, sondern behauptet lediglich hinsichtlich der Gefahr einer Chronifizierung des Schmerzempfindens, dieses sei nicht fundiert glaubhaft gemacht worden. Letztlich bestätigen auch andere der vorgelegten Krankenhausberichte erhebliche Schmerzen durch die Lipödeme, so etwa der Bericht der P-Klinik Hb vom 27. August 2013.

Zutreffend hat das Sozialgericht den weitergehenden Antrag der Antragstellerin, bezogen auf die Bauchdeckenplastik und sekundäre Hautstraffungsoperationen, verneint. Hier fehlt es bereits an einem Anordnungsanspruch. Denn die Antragstellerin hat eindeutig und ausschließlich lediglich die Kostenübernahme der Liposuktion an Beinen, Hüfte und Armen beantragt. Zutreffend weist das Sozialgericht auf die besondere Bedeutung des Antrags vor dem Hintergrund der Regelung des [§ 13 Abs. 3a](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#) mit der damit verbundenen Genehmigungsfiktion hin. Eine unterlassene Beratung ist der Antragsgegnerin nicht vorzuwerfen. Auch für sie waren die sekundären Straffungsoperationen nicht zwingend erkennbar von dem Antrag mitumfasst. Ihre Notwendigkeit ist dem größten Teil der vorgelegten Krankenhausberichte nicht zu entnehmen und vor dem Hintergrund auch nicht zwingend, da sie wesentlich vom Ergebnis der zunächst durchzuführenden Liposuktion abhängig sind. Darüber hinaus fehlt es insoweit auch an einem Anordnungsgrund, da, worauf das Sozialgericht ebenfalls zutreffend hinweist, die Entfernung von Hautfalten primär ästhetischen Gesichtspunkten dient, allenfalls der Vermeidung entzündlicher Hautveränderungen.

Nach alledem war, wie erkannt, zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) analog.

Hinsichtlich der Kostenentscheidung sieht der Senat keinen Anlass, von der hälftigen Übernahme der außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin, wozu das Sozialgericht die Antragsgegnerin verpflichtet hat, im Beschwerdeverfahren abzuweichen.

Diese Entscheidung ist endgültig ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2016-01-27