



*Ausfertigung*

**Im Namen des Volkes  
Gerichtsbescheid  
in dem Rechtsstreit**



- Klägerin -

Proz.-Bev.: Rechtsanwälte Werner,  
Windthorststr. 62, 65929 Frankfurt a. M.

gegen

BARMER  
vertreten durch den Vorstand  
Lichtscheider Straße 89-95, 42285 Wuppertal

- Beklagte -

Die 7. Kammer des Sozialgerichts Mannheim hat ohne mündliche Verhandlung  
am 12.06.2017 in Mannheim  
durch die Richterin Dr. Heizmann  
für Recht erkannt:

- 1. Der Bescheid vom 25.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.12.2014 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt der Klägerin eine stationäre Magenbypass-Operation als Sachleistung zu gewähren.**
- 2. Die außergerichtlichen Kosten der Klägerin trägt die Beklagte.**

## Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme eines stationären Adipositas-chirurgischen Eingriffs als Sachleistung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die am 16.10.1965 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie beantragte am 08.05.2014 (Eingang bei der Beklagten am 12.05.2014) die Kostenübernahme für eine stationäre laparoskopische Magenbypass-Operation. Dem Antrag beigelegt wurde ein Schreiben der Fachärztin für Chirurgie und Ernährungsmedizin Dr. med. Christine Stier vom 06.05.2014. Diese stellte fest, die Klägerin leide an morbidem Adipositas Grad III, aufgrund eines Gewichts von 140,1 kg bei einer Körpergröße von 1,70 m. Hierbei würde es sich um einen BMI von 48,4 kg/m<sup>2</sup> handeln. Zudem bestünde eine Diabetes mellitus Typ II, welche sich auf Grundlage der Adipositas entwickelt hätte. Mit zunehmendem Körpergewicht habe sich ihre Stoffwechselsituation so verschlechtert, dass es nötig sein könnte, dass die Klägerin in Zukunft auch mehr Medikamente bzw. mehr Insulin benötige. Mit der Gabe von zusätzlichem Insulin würde sich allerdings ihr Gewicht weiter nach oben entwickeln. Die Klägerin habe bereits diverse konservative Maßnahmen durchgeführt, welche allerdings nicht zum Erfolg geführt hätten.

Mit Schreiben vom 20.05.2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihr Antrag zur medizinischen Aufklärung dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergeleitet werden soll. Hierfür seien allerdings noch Unterlagen und Angaben der Klägerin erforderlich. Die Beklagte wies in dem Schreiben ebenfalls darauf hin, dass aufgrund der noch benötigten Angaben eine termingerechte Entscheidung innerhalb von drei Wochen aus hinreichendem Grund nicht möglich sei. Angaben, wann mit einer Entscheidung zu rechnen sei, erfolgten allerdings nicht.

Nachdem die Klägerin die fehlenden Unterlagen der Beklagten zusandte, teilte diese mit Schreiben vom 06.07.2014 mit, dass nunmehr der MDK zur medizinischen Beurteilung beauftragt worden sei. Mit sozialmedizinischem Gutachten vom 17.06.2014 stellte Dr. med. Weidner fest, die Klägerin sei an einer Adipositas Grad III auf dem Boden einer Essstörung und Depression erkrankt, welche eine Therapie erforderlich machen würde. Die konservativen Maßnahmen seien allerdings nicht ausgeschöpft. Vielmehr habe die Klägerin lediglich dreimal eine Diätberatung wahrgenommen. Ansonsten sei kein strukturiertes Programm innerhalb der letzten zehn Jahre erfolgt. Auch sportliche Aktivitäten seien nicht erfolgt. Daher seien die Leitlinien der Adiposi-

tas-Gesellschaft und die vom BSG geforderten Voraussetzungen für eine Magenbypass-Operation nicht erfüllt. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.06.2014 den Antrag der Klägerin auf einen stationären Adipositas-chirurgischen Eingriff im Rahmen einer Sachleistung ab.

Hiergegen richtete sich der am 01.07.2014 eingelegte Widerspruch der Klägerin. In dem sozialmedizinischen Gutachten vom 03.09.2014 hielt Dr. med. Erb an der bisherigen Beurteilung des MDK fest, sodass mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2014 die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurückwies. Aufgrund des Fehlens eines sogenannten integrativen Gesamtkonzepts wie z. B. diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie und Psychotherapie könne nicht von einer Ultima Ratio ausgegangen werden. Es müsse erst nachgewiesen werden, dass konservative Therapien im Sinne eines multimodalen Behandlungskonzepts zu keinem nachweisbaren Behandlungserfolg geführt hätten. In Anbetracht dieses Aspekts müsse der Antrag abgelehnt werden.

Mit der am 07.01.2015 vor dem Sozialgericht Mannheim erhobenen Klage hat die Klägerin ergänzend vortragen, ihr Anspruch erfolge schon aus einer eingetretenen Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, da die Beklagte die Fünf-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 Alt.2 SGB V nicht eingehalten hätte.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 25.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.12.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine stationäre Magenbypass-Operation als Sachleistungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie erachtet die getroffene Entscheidung für zutreffend.

Die Kammer hat die Beteiligten auf ihre Absicht, den Rechtsstreit durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten ergänzend Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die form- und fristgerecht erhobene statthafte Klage, über welche die Kammer nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid hat entscheiden können, da der Rechtsstreit keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher und/oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist (§ 105 Abs. 1 Sätze 1 und 2 Sozialgerichtsgesetz; im Folgenden SGG), ist zulässig und begründet.

Der Bescheid vom 25.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.12.2014 ist rechtswidrig und die Klägerin ist durch den ergangenen streitgegenständlichen Bescheid beschwert. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf die beantragte Magenbypass-Operation durch eine eingetretene Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V.

Die von der Klägerin beantragte Magenbypass-Operation gilt wegen Fristablaufs als genehmigt. Die leistungsberechtigte Klägerin stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag auf die begehrte Magenbypass-Operation als Sachleistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V, ohne der Klägerin eine konkrete Prognose mitzuteilen bis wann mit einer Entscheidung zu rechnen ist.

Die Klägerin ist als bei der Beklagten Versicherte leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. "Leistungsberechtigter" ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse.

Die Klägerin beantragte hinreichend bestimmt die Gewährung einer Magenbypass-Operation. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Entsprechend den allgemeinen, in § 42a VwVfG (Verwaltungsverfahrensgesetz i.d.F. durch Art 1 Nr. 5 des Vierten Gesetzes zur Änderung verwaltungsverfahrenrechtlicher Vorschriften - 4. VwVfÄndG - vom 11.12.2008, BGBl I 2418 m.W.v. 18.12.2008) normierten Grundsätzen (vgl. Begründung zu § 42a VwVfG im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, BT-Drucks 16/10493 S 15) gilt "eine beantragte Genehmigung (...) nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (...), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist". Da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen (vgl. Begründung zu § 42a VwVfG im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, BT-Drucks 16/10493 S 16). Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) hinreichend bestimmt ist (zu § 13 SGB V: Helbig in jurisPK-SGB V, 3. § 13 RdNr. 73; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 RdNr. 581; s. auch Gemeinsames Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15.05.2013, S. 20; zu § 42a VwVfG: Stelkens in: Stelkens/Bonk/Sachs (Hrsg.), VwVfG, § 42a RdNr. 35 m.w.N.).

So lag es hier. Der Antrag auf Gewährung einer Magenbypass-Operation war im Rechtssinne hinreichend bestimmt und fiktionsfähig. Dies ergibt sich nicht nur aus dem Antrag der Klägerin selbst, aus welchem die begehrte Maßnahme eindeutig hervorgeht. Dem Antrag ist zudem auch die medizinisch eindeutige Stellungnahme von Dr. med. Christine Stier beigelegt.

Der Antrag der Klägerin betrifft ebenfalls eine Leistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Denn die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl. § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V). Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht

auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (vgl. LSG NRW Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - Juris RdNr. 7 m.w.N.).

Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen.

Die beantragte stationäre Magenbypass-Operation unterfällt ihrer Art nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klägerin konnte auch aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags durch Dr. med. Christine Stier die Behandlung für geeignet und erforderlich halten. Der Gedanke an einen Rechtsmissbrauch liegt fern.

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist. Gem. § 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Vorliegend begann die Frist am Dienstag, dem 13.05.2014 (§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1 BGB), da der Antrag der Klägerin laut Eingangsstempel der Beklagten am 12.05.2014 zuzuging. Die Frist endete am Dienstag, dem 10.06.2014 (§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB), da es sich bei dem 09.06.2014 um Pfingstmontag handelte und sich sodann die Frist gem. § 26 Abs. 3 SGB X verlängerte. Die Beklagte entschied erst später, am 25.06.2014 über den Antrag der Klägerin.

Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Zwar erfolgte in dem Schreiben vom 20.05.2014 seitens der Beklagten ein Hinweis, dass aufgrund der noch benötigten Angaben eine termingerechte Entscheidung innerhalb von drei Wochen aus hinreichendem Grund nicht möglich sei. Angaben, wann mit einer Entscheidung zu rechnen sei, erfolgten allerdings nicht. Damit ist nach Überzeugung der Kammer das Schreiben vom 20.05.2014 nicht geeignet den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach dem Ablauf von spätestens

fünf Wochen zu verhindern. Der Regelungszweck, Bewilligungsverfahren der Krankenkassen zu beschleunigen (vgl. hierzu auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, a.a.O. S. 29), zielt nicht darauf ab, hinreichend begründete Verzögerungen zu sanktionieren. Die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt. Stellt sich nach Mitteilung einer ersten, sachlich gerechtfertigten Frist heraus, dass diese zunächst prognostizierte Frist sich aus hinreichenden Sachgründen als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion dem Antragsteller die hinreichenden Gründe mit der geänderten taggenauen Prognose erneut - ggf. wiederholt - mitteilen. (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R –, BSGE (vorgesehen), SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, RdNr. 20).

Zwar könnten die von der Beklagten beehrten Unterlagen ein hinreichender Grund für die nicht fristgerechte Entscheidung darstellen, doch fehlt es an einer taggenauen Prognose bis wann mit einer Entscheidung zu rechnen ist. Eine solche Prognose ist auch nicht entbehrlich, da ansonsten der Sinn und Zweck der Genehmigungsfiktion nicht erreicht werden kann. Vielmehr soll die Krankenkasse gezwungen werden, zügig, auch nach Wegfall eines hinreichenden Verzögerungsgrundes, zu entscheiden und es muss vermieden werden, dass der Eintritt der Genehmigungsfiktion durch einen hinreichenden Grund auf Dauer verhindert können. Nur durch das Verlangen einer taggenauen Entscheidungsprognose kann damit das Ziel der Genehmigungsfiktion erreicht werden. Würde eine taggenaue Prognose nicht verlangt werden, wäre in Fällen eines Verzögerungsgrundes der Eintritt einer Genehmigungsfiktion komplett ausgeschlossen. Aufgrund des Fehlens der taggenauen Prognose war das Schreiben vom 20.05.2014 daher nicht geeignet den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu verhindern.

Nach alledem ist Genehmigungsfiktion eingetreten, so dass der Bescheid vom 25.06.2014 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.12.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen war der Klägerin eine Magenbypass-Operation als Sachleistungen zu gewähren.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

## Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Landes-  
sozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44,  
70025 Stuttgart -, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle ein-  
zulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozi-  
algericht Mannheim, P 6, 20-21, 68161 Mannheim, schriftlich oder zur Niederschrift des Ur-  
kundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte ein-  
gehen. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag ent-  
halten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

**Dr. Heizmann**  
Richterin

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Betei-  
ligten beigelegt werden.



Ausgefertigt, Mannheim den 13.06.2017

Drexler

Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle