

Aktenzeichen:  
S 12 KR 28/16



# SOZIALGERICHT MAINZ

## IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

Gabriele Sziwek, Geisenheimer Str. 8, 55218 Ingelheim

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Tim C. Werner, Windthorststraße 62,  
65929 Frankfurt

gegen

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

- Beklagte -

hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Mainz am 25. Juli 2016 ohne mündliche Verhandlung durch die Richterin Wörmann die ehrenamtliche Richterin Zacharias und den ehrenamtlichen Richter Bergold für Recht erkannt:

- 1. Es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf  
Gewährung einer dreizeitigen Liposuktionsbehand-  
lung als Sachleistung vom 11.12.2015 gemäß  
§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**

### Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Genehmigung einer Liposuktionsbehandlung bei Lipödem.

Die Klägerin ist bei der Beklagten gegen das Risiko der Krankheit versichert. Sie beantragte mit Schreiben vom 11.12.2015 bei der Beklagten die Kostenübernahme einer Liposuktionsbehandlung. Beigefügt war ein Schreiben von Dr. Ryssel, der Praxisgemeinschaft Gynäkologie und plastische und Aesthetische Chirurgie Mannheim vom 27.10.2015. Dieser legt dar, dass bei der Klägerin unter anderem ein chronifiziertes Lipödem der Oberarme beidseits Stadium II sowie ein chronifiziertes Lipödem Ober- und Unterschenkeltyp Stadium II vorliegt. Konservative Maßnahmen könnten nicht mehr zur Beschwerdebesserung führen, so dass die Liposuktion die geeignete Therapiealternative darstelle. Er beantragte die Durchführung von drei Liposuktionsbehandlungen und bat um Kostenzusage auf Basis von 80% der DRG K07.Z im Sinne einer individuell vereinbarten integrierten Versorgung. Beigefügt war ein Kostenvoranschlag über insgesamt 4.051,71 Euro.

Die Beklagte reagierte auf den Antrag erstmals am 12.01.2016 mit einem ablehnenden Bescheid. Es sei nicht möglich, die Kosten für eine stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu übernehmen. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.03.2016 zurück.

Bereits am 21.01.2016 erhob die Klägerin vor dem Sozialgericht Mainz Klage mit dem Ziel, dass der Eintritt der Genehmigungsfiktion für die begehrte Leistung festgestellt wird. Die Beklagte habe die 3 Wochen Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1, 1. Alt. SGB V nicht eingehalten. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung sei nicht erfolgt. Die Genehmigungsfiktion sei damit eingetreten, das Antragsverfahren beendet.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

festzustellen, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung einer dreizeitigen Liposuktionsbehandlung als Sachleistung vom 11.12.2015 gemäß V § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Sie hält an der Rechtmäßigkeit der getroffenen Entscheidung fest. Ein Anspruch auf Sachleistung in einer Nichtvertragsklinik bestehe nicht. Zudem sei auch die Genehmigungsfiktion nicht eingetreten. Sie verweist hierzu auf eine Entscheidung des LSG Hessen (Urteil vom 10.12.2015 – Az.: L 1 KR 413/14), nach der die Genehmigungsfiktion auf den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGBV beschränkt sei. Die Fiktion greife zudem nur ein, wenn der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft habe und Kostenerstattung geltend mache. Insoweit reiche der Anspruch jedoch nicht weiter als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch.

Der Klägervertreter hat mit Schriftsatz vom 27.06.2016 darauf hingewiesen, dass der Volltext der Entscheidung des Bundessozialgerichtes zu dieser Rechtsfrage in der Sache B 1 KR 25/15 (Urteil vom 08.03.2016) nunmehr vorliege. Der Beklagten werde ein Anerkenntnis anheimgestellt. Eine Stellungnahme der Beklagte hierzu erfolgte nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die erhobene Feststellungsklage, über die das Gericht im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden konnte (§ 124 Abs. 2 SGG), ist gemäß § 55 Absatz 1 Nr 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig.

Ein berechtigtes Interesse an der Feststellung, dass die begehrte Behandlung als genehmigt gilt, liegt vor. Ein Interesse ist berechtigt, wenn es nach der Sachlage vernünftigerweise gerechtfertigt ist; es kann rechtlicher oder als schutzwürdig anzuerkennender tatsächlicher, insbesondere wirtschaftlicher oder ideeller Art sein (Scholz in Roos/Wahrendorf Sozialgerichtsgesetz, § 55 Rn. 21). Die Klägerin hat ein solches Feststellungsinteresse, weil mit der gerichtlichen rechtskräftigen Feststellung des Eintritts der Genehmigungsfiktion die Klägerin ohne Kostenrisiko sich die begehrten Leistungen selbst beschaffen und Kostenerstattung gegenüber der Beklagten geltend machen kann (ebenso: SG Koblenz, Urteil vom 23. März 2015 S 13 KR 977/14 - juris Rn. 20). Ohne gerichtliche rechtskräftige Feststellung der Genehmigungsfiktion trägt sie im Hinblick auf die grundsätzliche Einhaltung des Beschaffungsweges das Risiko, die Kosten für die Maßnahme selbst tragen zu müssen.

Die Klage ist auch begründet.

Nach Fristablauf erging gemäß § 13 Absatz 3a SGB V fiktiv ein Verwaltungsakt der Beklagten, so dass das festzustellende Rechtsverhältnis besteht. Die beantragte Liposuktionsbehandlung ist genehmigt.

Nach § 13 Absatz 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn

die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den 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). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen (§ 13 Abs 3a S 1 SGB V), ohne der Klägerin Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Die Frist von drei Wochen ist maßgeblich, weil die Beklagte keine gutachterliche Stellungnahme des MDK einholte. Die Frist begann am 12.12.2015 (§ 26 Abs 1 SGB X iVm § 187 Abs 1 BGB) und endete am Montag, dem 4.1.2016 (§ 26 Abs 1 SGB X iVm § 188 Abs 2, 193 BGB). Die Entscheidung der Beklagten erging erst am 12.01.2016 und damit nach Fristablauf. Die Entscheidung ging damit ins Leere.

Nach dem klaren Wortlaut von § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V ist Rechtsfolge die Genehmigung der beantragten Leistung. Weitere Voraussetzungen, insbesondere ob die begehrte Leistung medizinisch zwingend notwendig oder wirtschaftlich sinnvoll ist, enthält die Norm nicht (vgl. zutreffend: SG Koblenz, Urteil vom 23. März 2015 – Az.: 13 KR 977/14 - juris Rn. 25, juris). Erfasst ist im Gegensatz zu der Ansicht der Beklagten auch der Naturalleistungsanspruch; die Fiktion führt nicht lediglich zu einem Kostenerstattungsanspruch (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15)

In der aktuellen diesbezüglichen Rechtsprechung verlangt das Bundessozialgericht über den Wortlaut der Norm hinaus ergänzend, dass der Antrag eine Leis-

tung betrifft, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Das BSG gesteht zu, dass die Gesetzesregelung eine solche Einschränkung für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich anordne, diese aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck angeordnet sei. Denn die Genehmigungsfiktion begründe zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspreche. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirke eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV 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 GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15).

Angesichts des ausdrücklichen Wortlautes der Vorschrift kann diese auch bei Berücksichtigung der Erwägungen des BSG nur begrenzt eingeschränkt werden. Hohe Anforderungen an die durch das BSG geforderte „subjektive Erforderlichkeit“ der Leistungen dürfen nicht gestellt werden. Nach Überzeugung der Kammer kann von dieser subjektiven Erforderlichkeit jedenfalls grundsätzlich dann ausgegangen werden, wenn der Versicherte seinen Anspruch gestützt auf eine ärztliche Verordnung oder ein ärztliches Gutachten geltend macht. Bestätigt der behandelnde Mediziner die Erforderlichkeit der beantragten Leistung, so darf der Versicherte sich in der Regel darauf stützen und die Leistung auch subjektiv für erforderlich halten. Bei ärztlicher Verordnung darf der Versicherte auch davon ausgehen, dass die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges liegt. Hiervon mögen dann Ausnahmen gelten, wenn es sich auch dem medizinischen Laien aufdrängt, dass eine Zuständigkeit der Kasse trotz Verordnung nicht gegeben sein kann. Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor.

Vorliegend durfte die Klägerin die Leistung angesichts der ärztlichen Empfehlung für erforderlich halten. Dem steht nicht entgegen, dass – wie die Beklagte mitteilt – die Klinik nicht als Krankenhaus zugelassen ist. Auf dem Briefkopf der Behandler ist vermerkt: „privat und alle Kassen“. Es finden sich nach Angabe des Leistungsspektrums Verweise auf mehrere Kliniken, in denen wohl Belegbetten vorgehalten werden. Dem Schreiben der Ärzte war für die Klägerin als Laie mithin nicht zu entnehmen, dass eventuell die Zulassung als Krankenhaus fehlen und der Anspruch bereits daran scheitern könnte.

Die Kammer weist darauf hin, dass die fiktive erteilte Genehmigung als bestandskräftiger, begünstigender Verwaltungsakt ergeht und den Inhalt des Antrags hat. Auch eine fingierte Genehmigung bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016, aao). Im Falle der Rechtswidrigkeit der Leistungsbewilligung ist der Verwaltungsakt zu vollziehen solange er nicht von der Beklagten aufgehoben wird (ebenso: SG Speyer, Urteil vom 9. Juli 2015 - S 17 KR 327/14 - juris Rn. 36)

Der Klage war daher im Ergebnis stattzugeben.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus § 193 SGG.

## Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifizierte** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Rheinland-Pfalz (ERVLVO) vom 10. Juli 2015 in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Mainz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Mainz schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Nähere Einzelheiten zum elektronischen Rechtsverkehr sind der Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz ([www.lsg.rp.justiz.rlp.de](http://www.lsg.rp.justiz.rlp.de)) zu entnehmen.

Mz S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision (§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)

gez. Wörmann  
Richterin

Ausgefertigt:  
Mainz, den 26.08.2016  
  
Justizbeschäftigte,  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

