

Aktenzeichen:
L 5 KR 217/16
S 13 KR 245/15



Verkündet am:
02.03.2017

Schwenderling,
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit



- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Tim Christian Werner,
Windthorstraße 62, 65929 Frankfurt

gegen

IKK classic, vertreten durch den Vorstand, -Stab Justitiariat-, Arndtstraße 13,
01099 Dresden

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der
mündlichen Verhandlung vom 02. März 2017 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann
Richterin am Landessozialgericht Dr. Jutzi
Richter am Landessozialgericht Wiemers
ehrenamtliche Richterin Bauer
ehrenamtlichen Richter Pauly

für Recht erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 14.07.2016 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt auch die außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist, ob die Klägerin einen Anspruch auf stationäre Liposuktionen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Die 1976 geborene Klägerin, die bei der Beklagten krankenversichert ist, leidet an einem Lipödem an beiden Beinen. Am 06.01.2015 legte sie ein Gutachten des Dr. Ryssel, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, vor, der ausführte, das seit 25 Jahren bestehende Lipödem sei therapieresistent, weitere konservative Maßnahmen seien nicht zielführend. Erforderlich sei eine Liposuktion an beiden Beinen in zwei stationären Operationen. Es werde um Stellungnahme bezüglich der Kostenübernahme im dargelegten Fall gebeten. Mit Schreiben vom 16.01.2015 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Begutachtung; mit Schreiben vom gleichen Tag teilte sie der Klägerin mit, dass für ihre Entscheidung ein Gutachten des MDK erforderlich sei und dies bereits in Auftrag gegeben worden sei. Sobald das Ergebnis vorliege, werde sie umgehend informiert. Der MDK forderte mit Schreiben vom 26.01.2015 weitere Befunde an. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 06.02.2015 mit, das Gutachten habe noch nicht erstattet werden können, da die angeforderten Unterlagen fehlten. Mit Schreiben vom 10.02.2015 forderte die Beklagte bei der Klägerin im Auftrag des MDK Berichte über in Bad Säckingen und Bad Nauheim durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen an. Die Ärztin im MDK Dr. Grimmel gelangte in ihrem Gutachten vom 17.02.2015 zu dem Ergebnis,

die beantragten Liposuktionen seien aus sozialmedizinischer Sicht nicht notwendig. Am 18.02.2015 gingen bei der Beklagten die angeforderten Unterlagen ein. Mit Schreiben vom 25.02.2015 teilte die Beklagte der Klägerin erneut mit, dass über den Antrag noch nicht habe entschieden werden können, weil ein Gutachten erforderlich sei. In einem weiteren Gutachten vom 16.03.2015 hielt Dr. Grimm, MDK, an ihrer Auffassung fest. Mit Bescheid vom 19.03.2015 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin ab und führte zur Begründung aus, die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems sei grundsätzlich keine Kassenleistung. Es fehle an evidenzbasierten Nachweisen. Eine lebensbedrohliche Erkrankung, die in Einzelfällen die Kostenübernahme rechtfertigen könnte, liege nicht vor. Hiergegen legte die Klägerin am 20.04.2015 Widerspruch ein und machte geltend, die beantragte Leistung gelte als genehmigt, da die Beklagte nicht fristgerecht entschieden habe.

Am 09.05.2015 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Speyer erhoben. Durch Urteil vom 14.07.2016 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, die Klägerin mit einer zweiseitigen stationären Liposuktion der Beine als Sachleistung zu versorgen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klage sei als allgemeine Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Der Zulässigkeit stehe nicht entgegen, dass die Beklagte einen ablehnenden Bescheid erlassen und über den dagegen gerichteten Widerspruch noch nicht entschieden habe. Die Klage habe auch in der Sache Erfolg. Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit den beantragten stationären Liposuktionen sei § 13 Abs. 3a Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Der Antrag vom 06.01.2015 habe einen genehmigungsfähigen Inhalt. Er betreffe eine ihrer Art nach nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegende Leistung (Hinweis auf BSG 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R -, juris, Rn. 25 ff). Bei der Klägerin bestehe unzweifelhaft eine behandlungsbedürftige Krankheit in Gestalt des Lipödems. Eine Krankenhausbehandlung sei als solche eindeutig eine zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörende Maßnahme. Die Praxisklinik Dr. Ryssel sei zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen. Die begehrte stationäre Behand-

lung sei des Weiteren im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V eine Leistung zur Behandlung der Krankheit Lipödem. Ob eine Liposuktion im Ausnahmefall zu leisten sei oder nicht, könne erst nach Prüfung aufgrund der jeweiligen Umstände des Einzelfalls beurteilt werden. Die Beklagte habe diese Prüfung unter Einbeziehung des MDK auch durchgeführt. Es könne offen bleiben, ob der Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetze, dass der Versicherte die beantragte Leistung subjektiv für erforderlich halten dürfe, da dies vorliegend jedenfalls der Fall gewesen sei. Die Beklagte habe über den Antrag nicht innerhalb der maßgeblichen Fristen entschieden. Die gesetzlichen Voraussetzungen an die Mitteilung über die Nichtwahrung der Frist seien nicht erfüllt. Rechtsfolge der Fristversäumnis sei, dass die beantragte Leistung als genehmigt gelte. Die Klägerin habe einen Naturalleistungsanspruch. (Hinweis auf BSG 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R -, juris, Rn. 25). Die gegenteilige Auffassung (Hessisches LSG 10.12.2015 – L 1 KR 413/14 -, juris) entspreche nicht dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V.

Gegen das ihr am 22.07.2016 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 15.08.2016 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, die Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V begründe noch keinen eigenen Sachleistungsanspruch. Die gegenteilige Auffassung des BSG und der überwiegenden Rechtsprechung der Sozialgerichte überzeuge nicht. Die Gesetzessystematik, die Entstehungsgeschichte und die systematische Stellung des § 13 Abs. 3a SGB V sprächen gegen einen eigenen Sachleistungsanspruch (Hinweis auf Hessisches LSG 10.12.2015 – L 1 KR 413/14, LSG Baden-Württemberg 29.04.2016 – L 4 KR 4368/15). Auch materiell-rechtlich habe die Klägerin keinen Anspruch auf die Liposuktion als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Landesozialgericht Rheinland-Pfalz habe mit Urteil vom 05.02.2015 – L 5 KR 228/16 – entschieden, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Liposuktion bei Lipödem nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterfalle. Die Liposuktion bei Lipödem entspreche derzeit nicht dem auch für stationäre Krankenhausbehandlungen maßgeblichen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Es sei für die Klägerin auch klar gewesen, dass die

Liposuktion nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 14.07.2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie macht geltend, der 1. Senat des Bundessozialgerichts habe die Frage, ob § 13 Abs. 3a SGB V auch Sachleistungsansprüche umfasse, bejaht. Die stationäre Liposuktion sei auch eine Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Wäre dies nicht der Fall, hätte die Beklagte wohl auch kaum den MDK eingeschaltet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands nimmt der Senat Bezug auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung war.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das Sozialgericht hat der Klage zu Recht stattgegeben. Die Klage war als Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG statthaft. Die Statthaftigkeit der Leistungsklage setzt voraus, dass ein Rechtsanspruch auf die Leistung besteht, ohne dass ein Verwaltungsakt zu ergehen braucht. Dies ist hier der Fall, da die Klägerin die begehrte Versorgung auf die aus § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V folgende Genehmigungsfiktion stützt. Der Eintritt der Fiktion führt zu dem Ergebnis, dass die beantragte Leistung kraft Gesetzes als genehmigt gilt. Der Erlass eines besonderen Bescheids und die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens waren daher nicht mehr erforderlich.

Nach § 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 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 Satz 3 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 Satz 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 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 Satz 7 SGB V). Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion ist, dass ein Leistungsberechtigter einen hinreichend bestimmten Antrag auf eine Leistung gestellt hat, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (BSG 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R, juris, Rn. 21 ff).

Diese Voraussetzungen waren vorliegend erfüllt. Die Beklagte hat das Gutachten des Dr. Ryssel zu Recht als Antrag der Versicherten auf Gewährung zweier stationärer Liposuktionen gewertet. Der Antrag war hinreichend bestimmt, da sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen ließ.

Der Antrag betrifft auch eine Leistung, die die Klägerin für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Diese Einschränkungen ergeben sich aus dem

Regelungszusammenhang und –zweck des Gesetzes (BSG 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, juris, Rn. 25 ff). Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu verschaffen. Andererseits soll sie nicht zu einem Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Grenzen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die Liposuktion bei Lipödem entspricht zwar nach Auffassung des Senats derzeit nicht dem auch für stationäre Krankenhausbehandlungen maßgeblichen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (LSG Rheinland-Pfalz 05.02.2015 – L 5 KR 228/13, juris); sie liegt jedoch auch nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (a.A. LSG Baden-Württemberg 15.11.2016 – L 11 KR 5297/15, juris betreffend die ambulante Liposuktion; LSG Baden-Württemberg 13.09.2016 – L 4 KR 320/16, juris betreffend ambulante und stationäre Liposuktionen). Wie schon das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, ist auch die Beklagte im vorliegenden Fall davon ausgegangen, dass eine stationäre Liposuktion nicht von vornherein ausgeschlossen ist. Die Praxisklinik Dr. Ryssel ist auch zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen.

Die Beklagte beschied den Antrag der Klägerin nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V, ohne ihr hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. 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 (BSG 08.03.2016, aaO, Rn. 20; LSG Rheinland-Pfalz 03.11.2016 – L 5 KR 197/15 -, juris). Die Schreiben der Beklagten genügen nicht diesen Anforderungen.

Mithin sind die Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion erfüllt. Nicht erforderlich ist, dass ein Erstattungsanspruch geltend gemacht wird. Die Genehmigungsfiktion begründet vielmehr einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraus-

setzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (BSG, aaO, Rn. 25, LSG Rheinland-Pfalz 03.11.2016, aaO; a.A. Hessisches Landessozialgericht 10.12.2015 – L 5 KR 413/14, juris und LSG München 07.09.2016 – L 20 KR 597/15, juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen.

- Rechtsmittelbelehrung -

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Revision in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht an die elektronische Gerichtspoststelle des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Weitere Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Revision ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass die angefochtene Entscheidung auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann an die elektronische Gerichtspoststelle des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Revision beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Revisionschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

gez. Dr. Follmann

gez. Wiemers

gez. Dr. Jutzi

