



Sozialgericht Duisburg

Zugestellt am

Az.: S 50 KR 48/16

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Werner u.a., Windthorststraße 62,
65929 Frankfurt

gegen

BARMER GEK die gesund experten, vertreten durch den Vorstand,
Lichtscheider Straße 89 - 95, 42285 Wuppertal, Gz.: 1020-30-71880-ge-685

Beklagte

hat die 50. Kammer des Sozialgerichts Duisburg ohne mündliche Verhandlung am 25.11.2016 durch die Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht Dr. Kley, sowie den ehrenamtlichen Richter Stoffers und den ehrenamtlichen Richter Scharbert für Recht erkannt:

Unter Aufhebung des Bescheides vom 18.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.06.2016 wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin drei ambulante Liposuktionsbehandlungen der Arme und Beine als Sachleistung zu gewähren. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versorgung der Klägerin mit drei ambulanten Liposuktionsbehandlungen.

Die am 02.07.1980 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert.

Mit Schreiben vom 10.12.2015, bei der Beklagten eingegangen am 16.12.2015, beantragte die Klägerin, unter Vorlage von zwei Schreiben der Ärzte Dr. Offermann und Dr. Arns, die Übernahme der Kosten für drei ambulante wasserstrahlassistierte Liposuktionen zur Behandlung des bei ihr diagnostizierten Lipödems. Aus den ärztlichen Schreiben geht unter anderem hervor, dass Behandlungsschwerpunkt des interdisziplinären Fachärzteteams die konservative und operative Behandlung des Lipödems sei. Dabei werde nach der Vorgabe gehandelt, ambulant vor stationär und Verzicht auf den Einsatz einer Vollnarkose. Mit der seit Beginn des Jahres 2012 eingesetzten, modifizierten O-Technik, der wasserstrahlassistierte Liposuktion, würde sich unter Einsparung von Operationszeit und der Menge an verwendeten Lokalanästhetika wesentlich patientenverträglicher gleichzeitig deutlich mehr Fettgewebe mobilisieren. Relevante Kreislaufreaktionen würden hierbei nicht auftreten, so dass auch weiterhin eine stationäre Behandlung ohne Ausnahme entbehrlich bleibe. Bei der Klägerin sei ein Lipödem / eine Lipohyperplasie der Beine und Arme diagnostiziert worden. Sämtliche konservativen Maßnahmen (Kompressionsstrümpfe, Lymphdrainage etc.) würden keinen Erfolg im Sinne einer ursächlichen Therapie haben. Sie dienten lediglich einer passageren Linderung von Beschwerden, seien aber auf Dauer sinnlos, da sie die Entwicklung der chronischen Erkrankung nicht verlangsamen oder gar hemmen würden. Eine dauerhafte Befundverbesserung bewirke nur die Operation eines Lipödems

(Liposuktion). Zwar würden bislang die Kosten für die Liposuktion in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Allerdings seien die Kriterien für die Gewährung der Kostenübernahme für eine ambulante Liposuktion als Einzelfallentscheidung erfüllt.

Mit Schreiben vom 21.01.2016 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer sozialmedizinischen Fallberatung.

Am 27.01.2016 hat die Klägerin die vorliegende Klage erhoben und ursprünglich begehrt, festzustellen, dass ihr Antrag auf Gewährung von drei Liposuktionsbehandlungen als Sachleistung vom 16.12.2015 als genehmigt gelte. Zur Begründung hat die Klägerin vorgetragen, dass der bei der Beklagten am 16.12.2015 gestellte Antrag auf Gewährung von drei Liposuktionsbehandlungen als Sachleistung von der Beklagten bislang nicht beschieden worden sei. Die Beklagte habe die 5-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1, 2. Alt. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V - nicht eingehalten. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung der Beklagten an die Klägerin, dass die 5-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht eingehalten werden könne, wie sie § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V zwingend vorschreibe, sei nicht erfolgt. Folglich sei die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten. Eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit finde nicht mehr statt. Mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion sei das Antragsverfahren in der Hauptsache erledigt worden. Es verbleibe nur noch das Feststellungsinteresse.

Am 16.02.2016 kam Dr. Lorenz vom MDK in ihrem sozialmedizinischen Gutachten zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Bei der Klägerin liege zwar ein Lipödem mit einer begleitenden Adipositas Grad II vor und damit ein regelwidriger Körperzustand mit funktionellen Beeinträchtigungen, so dass eine ärztliche Behandlung grundsätzlich notwendig sei. Die Liposuktion befinde sich jedoch weiterhin im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung. Sie entspreche somit nicht den erforderlichen Qualitätsanforderungen, die an eine Leistung zulasten der GKV gestellt werden. Am 22.05.2014 sei zwar ein Beratungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Liposuktion eingeleitet worden. Das Verfahren sei aber noch nicht abgeschlossen. Alternativ sei auf konservative vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten zu verweisen, die aufgrund der vorliegenden Unterlagen noch gar nicht angewandt worden seien.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 18.02.2016 die Übernahme der Kosten für die beantragten Liposuktionen unter Verweis auf das Gutachten des MDK ab.

Den seitens der Klägerin gegen den Bescheid vom 18.02.2016 eingelegten Widerspruch vom 14.03.2016 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 08.06.2016 zurück.

Die Klägerin beantragt nunmehr schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V – eine mehrzeitige Liposuktionsbehandlung der Arme und Beine als Sachleistung zu gewähren, dies unter Aufhebung des Ablehnungsbescheides in Gestalt des Widerspruchsbescheides.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor, dass die Voraussetzungen einer Genehmigungsfiktion nicht erfüllt seien. Zum einen habe sich die Klägerin die Leistung nicht selbst beschafft. Darüber hinaus könnten nur Leistungen erstattet werden, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe. Nur Leistungen, die überhaupt vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt seien, könnten erstattet werden. Ein Anspruch auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche Maßnahmen bestehe weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen noch im Wege der Kostenerstattung. Ausweislich des MDK-Gutachtens vom 16.02.2016 würden hier die Leistungsvoraussetzungen für die beantragte Liposuktion nicht vorliegen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Klageschrift vom 27.01.2016 und Schriftsatz vom 26.07.2016).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1 und Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz – SGG – ist zulässig und begründet. Die Klägerin ist beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, da der Bescheid der Beklagten vom 18.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.06.2016 rechtswidrig ist. Der Bescheid war somit aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die begehrte Leistung in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang zu gewähren.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Versorgung mit den am 16.12.2015 beantragten drei ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktionsbehandlungen der Arme und Beine, weil dieser Antrag auf Kostenübernahme gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.

Gemäß § 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. Kann die Krankenkasse die Frist 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 zureichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V).

Die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist hier sachlich anwendbar. Keine Anwendung findet diese Regelung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind oder wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R – abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de). Der Anspruch der Klägerin richtet sich nicht unmittelbar auf eine Geldleistung gegen die Beklagte. Auch sind die von der Klägerin begehrten ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktionsbehandlungen nicht Gegenstand der medizinischen Rehabilitation, sondern der Krankenbehandlung.

Die Klägerin ist auch Leistungsberechtigte im Sinne dieser Regelung, weil sie bei der Beklagten krankenversichert ist. „Leistungsberechtigter“ ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der GKV Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse (BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO).

Die Klägerin beantragte auch hinreichend bestimmt die Kostenübernahme für drei ambulante wasserstrahlassistierte Liposuktionsbehandlungen der Arme und Beine. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. 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 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X - hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO). Der Antrag der Klägerin vom 16.12.2015 war auf die Kostenübernahme von drei wasserstrahlassistierten Liposuktionsbehandlungen der Arme und Beine gerichtet, wobei er aufgrund der ärztlichen Ausführungen in den dem Antrag beigefügten Schreiben, die sich ausdrücklich auf die Durchführung einer ambulanten Liposuktion beziehen, auf die Übernahme der Kosten für drei ambulante Liposuktionen beschränkt war. Damit war er hinreichend bestimmt und fiktionsfähig.

Der Antrag der Klägerin betraf zudem eine Leistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. 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 (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V) im Ansatz entspricht (BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO). Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt 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. Die Gesetzesmaterialien sprechen beispielhaft den Fall an, dass die Krankenkasse auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden

Eigenanteil zu übernehmen hat (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO, unter Verweis auf die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, BT-Drucks 17/11710 S. 30 und mwN, auch zur a.A. wie z.B. LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B -, Juris).

Die Klägerin konnte subjektiv aufgrund der fachlichen Befürwortung der ambulanten wasserstrahlassistierten Liposuktion durch die behandelnden Ärzte Dr. Offermann und Dr. Arns die Behandlung für geeignet und erforderlich halten. Dem steht nicht entgegen, dass die ambulante Liposuktion bei Lipödem bislang in der Regel nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird, weil entsprechende Abrechnungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) fehlen und die, die Klägerin behandelnden Ärzte in den dem Antrag beigefügten Schreiben darauf hingewiesen haben, dass bislang die Kosten für die Liposuktion in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden. Denn zum einen haben Gerichte in Einzelfällen die Übernahme der Kosten für die ambulante Liposuktionsbehandlung bejaht. Darüber hinaus hat selbst der G-BA mit Beschluss vom 22.05.2014 das Beratungsverfahren: Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß §§ 135 Absatz 1 und 137c SGB V eingeleitet. Anhaltspunkte für einen Rechtsmissbrauch sind somit nicht ersichtlich.

Aufgrund der Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen war somit keine weitere Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung mehr vorzunehmen.

Die Beklagte hat nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von fünf Wochen über den Antrag der Klägerin entschieden. In Anwendung des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V hätte die Beklagte über den Antrag der Klägerin innerhalb von fünf Wochen nach dessen Eingang, also spätestens bis zum Ablauf des 20.01.2016 entscheiden müssen, da sie eine gutachtliche Stellungnahme des MDK eingeholt hat. Die Beklagte hat jedoch erst mit Bescheid vom 18.02.2016 über den Antrag der Klägerin entschieden und eine Kostenübernahme abgelehnt. Die Beklagte hat der Klägerin auch nicht schriftlich, unter Angabe hinreichender Gründe mitgeteilt, dass sie die 5-Wochen-Frist nicht einhalten könne (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V).

Folglich gilt die beantragte Leistung gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt.

Der Anwendung der Regelung steht auch nicht entgegen, dass sich die Klägerin die Leistung noch nicht selbst beschafft hat. § 13 Abs. 3a Satz 6 und Satz 7 SGB V gewähren mittels einer Genehmigungsfiktion sowohl einen Sachleistungsanspruch als auch einen Kostenerstattungsanspruch. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER –, Juris). 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. 3a SGB V aus (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, aaO; so auch BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO).

Zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung hat sich die fingierte Genehmigung auf Übernahme der Kosten für drei ambulante wasserstrahlassistierte Liposuktionsbehandlungen der Beine und der Arme auch nicht erledigt. Die genehmigte Leistung, eine fingierte Genehmigung, bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB X (BSG, Urteil vom 08.03.2016, aaO). Die Beklagte hat die fingierte Genehmigung nicht wirksam zurückgenommen, widerrufen oder anderweitig aufgehoben. Diese hat sich auch nicht durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt.

Die Klage war im Übrigen abzuweisen, weil sich der zuletzt gestellte Antrag nicht auf drei ambulante Liposuktionsbehandlungen beschränkt hat. Der Antrag auf Gewährung mehrzeitiger Liposuktionsbehandlungen erfasst zum einen mehr als drei Behandlungen sowie auch die stationäre Behandlung. Der bei der Beklagten am 16.12.2015 eingegangene Antrag bezog sich aber auf die Kostenübernahme für drei ambulante Liposuktionsbehandlungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Trotz der Klageabweisung im Übrigen waren die Kosten der Beklagten in voller Höhe aufzuerlegen, weil trotz des gestellten (weiteren) Antrags im Rahmen des Verfahrens von der Klägerin nicht mehr als drei Liposuktionsbehandlungen begehrt worden sind und auch eine stationäre Durchführung

dieser Behandlungen nicht geltend gemacht worden ist. Die Kammer geht somit davon aus, dass der Antrag dahingehend korrigiert worden wäre, dass drei ambulante Liposuktionsbehandlungen zu gewähren sind, wenn eine mündliche Verhandlung stattgefunden hätte.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen,
Zweigertstraße 54,
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Duisburg,
Mülheimer Straße 54,
47057 Duisburg,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-duisburg.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie

von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Duisburg schriftlich 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 beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Kley

