

L 8 KR 27/17

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 34 KR 264/14
Datum
28.11.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 27/17
Datum
28.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 2016 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht eine Liposuktion vor Oberschenkelstraffung, eine Straffung des Mons pubis und der Brüste.

Nach durchgeführter Magenbypassoperation im Jahr 2006 reduzierte die bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin ihr Gewicht um ca. 100 kg. In der Folge bildeten sich Fettschürzen im Bereich der Oberarme, des Bauches, der Hüfte/des Gesäßes, der Beine sowie eine Ptosis Mammae beidseits. Nach Übernahme der Kosten für eine Bauchstraffung sowie eine Narbenbruchoperation erhob die Klägerin nach Ablehnung der übrigen Straffungsoperationen am 28. Oktober 2008 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main und begehrte die Kostenübernahme für die operative Straffung der Arme, der Beine, der Brust und des Gesäßes. Mit Urteil vom 31. Mai 2011 wies das Sozialgericht die Klage ab (Aktenzeichen S 25 KR 635/08). Im Berufungsverfahren vor dem Hessischen Landessozialgericht (HLSG, Aktenzeichen L 8 KR 222/11) schlossen die Beteiligten am 30. August 2012 folgenden Vergleich:

1. Die Beklagte gewährt der Klägerin eine operative Straffung der Oberarme und der Oberschenkel als Sachleistung.
2. Die Beklagte erklärt sich bereit, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendigen Auslagen der Klägerin für beide Instanzen zur Hälfte zu erstatten.

Die Klägerin beantragte am 6. Februar 2014 unter Vorlage eines ärztlichen Attestes des Markus Krankenhauses Frankfurt am Main vom 29. Januar 2014 eine Liposuktion im Bereich der Oberschenkel vor einer Oberschenkelstraffung, eine Straffung des Mons pubis und eine Bruststraffung beidseits.

Mit Schreiben vom 10. Februar 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass hinsichtlich der begehrten Liposuktion der Oberschenkel und der Straffung des Mons pubis eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nötig sei. Nach Vorlage der Stellungnahme erfolge umgehend eine Information. Die Bruststraffung sei allerdings von dieser einzuholenden Stellungnahme nicht umfasst, da diese Gegenstand des Vergleiches gewesen sei. Zu Begutachtungsterminen am 18. und 24. Februar 2014 erschien die Klägerin nicht. Mit Schreiben vom 27. Februar 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie keine Entscheidung über die beantragte Kostenübernahme treffen könne. Auf die Mitwirkungspflichten nach [§ 62](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) wurde hingewiesen. Eine Begutachtung durch den MDK fand schließlich am 13. März 2014 statt. Nach ambulanter Untersuchung kam Frau Dr. med. C. zu dem Ergebnis, dass eine Liposuktion der Oberschenkel vor Straffung derselben sowie eine Straffung des Mons pubis mangels Funktionsstörungen medizinisch nicht notwendig seien.

Mit Bescheid vom 24. März 2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Liposuktion der Oberschenkel und die Straffung des Mons pubis ab. Hiergegen erhob die Klägerin am 17. April 2014 Widerspruch und berief sich auf die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Absatz 3a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Auch legte sie ein weiteres Attest des Markus Krankenhauses vom 10. April 2014 vor. Die Beklagte holte eine erneute Stellungnahme des MDK ein. Frau Dr. med. D. kam am 2. Juni 2014 nach Aktenlage zu dem Ergebnis, dass die präoperative Liposuktion nicht generell zur Vermeidung von Wundheilungsstörungen geeignet und die Liposuktion auch keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei.

Am 07. Mai 2014 hat die Klägerin Feststellungsklage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben und sich auf die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) berufen. Die gesetzliche Fünfwochenfrist sei verstrichen. Eine schriftliche Mitteilung der Beklagten zu den Hinderungsgründen sei nicht erfolgt. Folge der Genehmigungsfiktion sei auch ein Sachleistungsanspruch.

Das Sozialgericht hat das Verfahren mit Beschluss vom 9. Februar 2016 bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens bei der Beklagten ausgesetzt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2016 hat die Beklagte den Widerspruch zurückgewiesen. Die Beklagte hat ausgeführt, Rechtsfolge der Genehmigungsfiktion sei nur ein Kostenerstattungsanspruch. Die Liposuktion (ambulant oder stationär) gehöre auch nicht zum Leistungskatalog der GKV. Ferner lägen die Voraussetzungen des [§ 2 Absatz 1a SGB V](#) nicht vor.

Am 24. März 2016 hat die Klägerin ihre Klage hinsichtlich der Liposuktion der Oberschenkel und der Straffung des Mons pubis in eine Anfechtungs- und Leistungsklage geändert.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 28. November 2016 den Bescheid der Beklagten vom 24. März 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2016 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons pubis als Sachleistung zu gewähren, sowie festgestellt, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gemäß [§ 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gelte. Das Sozialgericht hat ausgeführt, dass die Klage zum einen als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Absatz 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und zum anderen als Feststellungsklage hinsichtlich der Bruststraffung zulässig sei, da über diesen Antrag im Bescheid vom 24. März 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. März 2016 nicht mit entschieden worden sei. Die Klage sei auch begründet, da Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) eingetreten sei. Die Beklagte habe nicht innerhalb von fünf Wochen über den Antrag der Klägerin entschieden. Die Klägerin habe bei der Beklagten am 6. Februar 2014 hinreichend bestimmt die Liposuktion der Oberschenkel und die Straffung des Mons pubis sowie der Brüste beantragt. Die Frist nach [§ 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V](#) habe vorliegend am 7. Februar 2014 begonnen und am 14. März 2014 geendet. Der Bescheid vom 24. März 2014 sei somit nach Ende der Fünf-Wochen-Frist erlassen worden. Bei dem Schreiben der Beklagten vom 10. Februar 2014 handle es sich nicht um einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Die Schreiben vom 27. Februar 2014 und 3. März 2014 genügten nicht den Anforderungen des [§ 13 Absatz 3a Satz 5 SGB V](#). Die Mitteilung müsse nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08. März 2016 (Aktenzeichen [B 1 KR 25/15 R](#)) (1.) die Aussage enthalten, dass die im Gesetz vorgesehene Entscheidungsfrist von drei bzw. fünf Wochen nicht eingehalten werden könne, sie müsse (2.) einen hinreichenden Grund für die Verzögerung und (3.) die voraussichtliche Dauer der Verzögerung taggenau benennen. Im vorliegenden Fall enthalte das Schreiben der Beklagten bereits nicht die Aussage, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden könne. Auf diese Aussage könne auch dann nicht verzichtet werden, wenn – wie hier – vom Leistungsberechtigten Mitwirkungshandlungen verlangt würden. Zwar möge es für den Leistungsberechtigten in diesen Fällen nahe liegen, dass eine Entscheidung der Krankenkasse jedenfalls nicht vor Erfüllung der verlangten Mitwirkung ergehen werde. Dies führe jedoch noch nicht zwangsläufig zu einem Entfallen oder einer Verlängerung der Frist. Für den Fall einer Versagung oder Entziehung der Leistung wegen fehlender Mitwirkung verlange [§ 66 Absatz 3 SGB I](#), dass der Leistungsberechtigte zuvor auf diese Folge (Versagung oder Entziehung der Leistung) schriftlich hingewiesen worden und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen sei. Unter Berücksichtigung des Wortlauts des [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) und der gesetzlichen Wertung des [§ 66 Absatz 3 SGB I](#) sei davon auszugehen, dass auch im Rahmen des [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) bei einem Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse die fiktive Genehmigung nur dann nicht eintrete, wenn dem Leistungsberechtigten für seine Mitwirkung eine angemessene Frist gesetzt und er auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hingewiesen worden sei. Im Rahmen des [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) bedeute dies, dass die Genehmigungsfiktion nicht automatisch entfalle oder erst später eintrete, wenn die Krankenkasse von dem Leistungsberechtigten eine Mitwirkung verlange. Vielmehr trete die fristgebundene Genehmigungsfiktion bei einer fehlenden Mitwirkung nur dann nicht ein, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Drei- bzw. Fünf-Wochenfrist zu einer Mitwirkung auffordere, ihm eine Frist für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht setze und darauf hinweise, dass jedenfalls bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflicht die gesetzlich vorgesehene Genehmigungsfiktion nicht eintrete. Hier fehle es bereits am Hinweis auf die Entscheidungsfrist sowie einer Fristsetzung zur Mitwirkung, so dass es bei der Fünf-Wochen-Frist bleibe. Auch die weiteren Voraussetzungen der Rechtsprechung des BSG seien erfüllt. Die begehrte Leistung der Klägerin sei fiktionsfähig, da die Klägerin diese Leistung habe subjektiv für erforderlich halten dürfen und diese nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liege. Die Gesetzesregelung ordne diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Die beantragten Behandlungen als stationäre Krankenhausbehandlungen unterfielen nach ihrer Art auch dem Leistungskatalog der GKV. Im Gegensatz zu ambulanten Leistungen normiere das SGB V keinen Erlaubnisvorbehalt, sondern in [§ 137c SGB V](#) eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die keine negative Bewertung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) – wie hier – vorliege, dürften von den Krankenhäusern zu Lasten der GKV erbracht werden. Bei jeder Krankenhausbehandlung müsse zuvor geprüft werden, ob die Behandlung medizinisch indiziert und notwendig sei. Eine Einzelfallprüfung entfalle jedoch bei den Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Absatz 3a SGB V](#), so dass es hier nicht auf die medizinische Notwendigkeit bei der Klägerin ankommen könne. Dass eine stationäre Hautstraffungsoperation keinesfalls eine medizinische Behandlung darstelle, könne nicht angenommen werden, so dass sie auch nicht offensichtlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sei. Sowohl bei der ambulanten als auch der stationären Liposuktion handle es sich um Behandlungen, die (ausschließlich) von Ärzten erbracht würden und grundsätzliche Leistungen der GKV darstellen könnten. Dafür, dass die Liposuktion dem Grunde nach eine Leistung der GKV darstellen könne und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liege, spreche insbesondere der Umstand, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aufgrund eines Beschlusses vom 22. Mai 2014 im Hinblick auf diese Methode ein sektorenübergreifendes Bewertungsverfahren nach [§§ 135, 137 c SGB V](#) durchführe. Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin die Liposuktion für nicht erforderlich habe halten dürfen und ihr Begehren damit rechtsmissbräuchlich sei, seien nicht ersichtlich. Nach der Rechtsprechung des BSG umfasse die Genehmigungsfiktion zudem nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch den Sachleistungsanspruch. Dieser ermögliche auch dem mittellosen Versicherten, der nicht in der Lage sei, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, seinen Anspruch zu realisieren.

Gegen das am 20. Januar 2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 24. Januar 2017 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Beklagte vertritt – gestützt auf ein Urteil des Senats vom 10. Dezember 2015 – die Auffassung, Rechtsfolge der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Absatz 3a SGB V](#) sei ausschließlich ein Kostenerstattungsanspruch. Entsprechend der Rechtsprechung der Landessozialgerichte Baden-

Württemberg, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen-Bremen und Bayern komme eine Genehmigungsfiktion bei ambulanten und stationären Liposuktionen nicht in Betracht. Auch habe die Klägerin auf eine Bruststraffung im Vergleich vor dem HLSG konkludent verzichtet. Das Schreiben der Beklagten vom 10. Februar 2014 stelle ferner eine fristgemäße Ablehnung der Bruststraffung dar.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin verteidigt das angefochtene Urteil.

Mit Schreiben vom 25. Juli 2017 hat die Beklagte die Kostenübernahme für die stationäre Liposuktion der Oberschenkel und Straffung des Mons pubis erklärt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Entscheidung des Senats gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 2016 ist nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat zu Recht den Bescheid der Beklagten vom 24. März 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2016 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons pubis als Sachleistung zu gewähren, weil der Bescheid rechtswidrig ist und die Klägerin in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat aufgrund fingierter Genehmigung ihres Antrags vom 6. Februar 2014 einen Naturalleistungsanspruch auf Versorgung mit einer Liposuktion der Oberschenkel und einer hautstraffenden Operation im Bereich des Mons pubis. Das Sozialgericht hat auch zutreffend festgestellt, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gilt.

Der Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit einer Liposuktion der Oberschenkel und einer hautstraffenden Operation im Bereich des Mons pubis entstand durch den Eintritt der Fiktion der Genehmigung ihres Antrags nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Die Voraussetzungen der Fiktion der Genehmigung sind erfüllt. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) (in der Fassung vom 20. Februar 2013, [BGBl. I S. 277](#)) erfasst die von der Klägerin beantragten Leistungen zeitlich und als eine ihrer Art nach der Genehmigungsfiktion zugänglichen Leistungsart. Die Klägerin war leistungsberechtigt. Sie erfüllt mit ihrem Antrag vom 6. Februar 2014 die Voraussetzungen eines genehmigungsfähigen, den Lauf der Frist auslösenden Antrags auf Versorgung mit den begehrten Operationen. Die Klägerin durfte die beantragte Leistung für erforderlich halten. Die Beklagte hielt die gesetzlich gebotene Frist für eine Entscheidung nicht ein.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat in seinen Entscheidungsgründen des Urteils vom 28. November 2016 die rechtlichen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) dargelegt und deren Vorliegen damit begründet, dass der Antrag der Klägerin vom 6. Februar 2014 fiktionsfähig ist, sie davon ausgehen durfte, dass die beantragte Leistung, die nicht außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt, erforderlich ist und die Beklagte über den Antrag der Klägerin nicht innerhalb der Fünf-Wochen-Frist des [§ 13a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) entschieden hat, sondern erst nach Fristablauf und ohne Angabe von Gründen. Der Senat macht sich gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils mit der Ergänzung zu Eigen, dass Fristablauf gemäß [§§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) nicht der 14. März 2014, sondern bereits der 13. März 2014 war. Unerheblich ist, dass die Verzögerung der Antragsbearbeitung durch die Klägerin (mit-) verursacht wurde, da sie zu zwei Begutachtungsterminen nicht erschienen ist. Zwar kann ein hinreichender Grund für die Nichteinhaltung der Frist nach der Rechtsprechung des BSG insbesondere die im Rahmen der Amtsermittlung gebotene Einholung von weiteren Informationen beim Antragsteller oder Dritten sein, um abschließend über den Antrag entscheiden zu können. In diesem Sinne führen die Gesetzesmaterialien beispielhaft an, "dass die Versicherten oder Dritte nicht genügend oder rechtzeitig bei einer körperlichen Untersuchung mitgewirkt oder von einem Gutachter angeforderte notwendige Unterlagen beigebracht haben" (vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 11. September 2018, [B 1 KR 1/18 R](#), Rn. 25, juris). Dies macht aber, wie vom Sozialgericht zutreffend ausgeführt, die Mitteilung über die Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist unter Angabe eines hinreichenden Grundes und einer taggenauen Prognose der Bearbeitungsdauer nicht obsolet, und eine solche ist nicht erfolgt.

Die Begründung der Beklagten im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen Entscheidung.

Soweit die Beklagte die Auffassung vertritt, die mit der Genehmigungsfiktion begründete Leistungspflicht bestehe nur im Falle eines Kostenerstattungsanspruchs und nicht wie vorliegend im Fall eines streitigen Sachleistungsanspruchs, kann sich dem der Senat nicht anschließen. Das BSG hat in seinem Urteil vom 11. Juli 2017 ([B 1 KR 26/16 R](#) Rn. 13) klarstellend ausgeführt: "Soweit die Beklagte mit vereinzelt abweichenden Stimmen einen Naturalleistungsanspruch als Rechtsfolge der Genehmigungsfiktion verneint, geht diese Ansicht fehl (). Sie verkennt, dass die ursprüngliche geplante Regelung in Art. 2 Nr. 1 PatRVerbG-Entwurf der Bundesregierung ([BT-Drucks. 17/10488 S. 7](#)) unmaßgeblich ist. Der Entwurf sah zunächst lediglich eine Fristsetzung durch den Antragsteller und eine an den Fristablauf gebundene Berechtigung zur Selbstbeschaffung der erforderlichen Leistung vor. Diese Konzeption wurde jedoch durch die vom Ausschuss für Gesundheit (14. Ausschuss) empfohlenen ([BT-Drucks. 17/11710 S. 11](#)), mit [§ 13 Abs. 3a S. 5](#) und 6 SGB V Gesetz gewordenen Änderungen i.S. eines fingierten Verwaltungsakts (Genehmigung) grundlegend geändert. Letztlich will die einen Naturalleistungsanspruch ablehnende Meinung die von ihr als gesetzgeberische Fehlleistung bewertete Rechtsfolge des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) (vgl. nur Helbig in jurisPK-SGB V, § 13 RdNr. 71, Update-Stand 7.6.2017: "missglückte Wortwahl") entgegen dem eindeutigen Wortlaut nicht anwenden. Sie vernachlässigt dabei, dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bewusst abweichend von den sonstigen in [§ 13 SGB V](#) geregelten

Kostenerstattungstatbeständen geregelt ist und sich wie der Erstattungsanspruch (vgl. [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#)) nur auf subjektiv "erforderliche" Leistungen erstreckt (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, RdNr. 25)." Der Senat hat sich in der Vergangenheit bereits dieser Rechtsprechung des BSG angeschlossen (siehe nur Urteil des Senats vom 22. Februar 2018, [L 8 KR 188/17](#)). Wie das Sozialgericht in dem angefochtenen Urteil zutreffend ausgeführt hat, wird damit auch dem mittellosen Versicherten ermöglicht, seinen Anspruch zu realisieren.

Entgegen der Auffassung der Beklagten beantragte die Klägerin als Leistung hinreichend bestimmt durch Vorlage eines fachärztlichen Attestes des Markus Krankenhauses eine Liposuktion der Oberschenkel und eine hautstraffende Operation des Mons pubis. Zwar setzt auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung selbst beschaffen. Diese Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, allerdings lediglich 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 zum Rechtsmissbrauch einladen, indem Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017, [B 1 KR 26/16 R](#), Rn. 21, Urteil vom 8. März 2016, [B 1 KR 25/15](#), Rn. 25 f., beide juris). In weiteren Entscheidungen vom 26. September und 7. November 2017 hat das BSG ausgeführt, dass dieser Auslegung weder das Qualitätsgebot ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) noch das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) entgegen stehe. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) weiche gerade als Sanktionsnorm von deren Anforderungen ab, indem er in seinem Satz 6 selbst in den Fällen, in denen eine Krankenkasse einen im oben dargestellten Sinn fiktionsfähigen Antrag völlig übergehe, die Fiktion der Genehmigung anordne und damit bewusst in Kauf nehme, dass die Rechtsauffassung des Antragstellers nur "zufällig" rechtmäßig sei, mithin die Leistung auch dann als genehmigt gelte, wenn der Antragsteller auf diese objektiv keinen materiell-rechtlichen Anspruch habe. Wären nur die auf materiell-rechtlich bestehende Leistungsansprüche gerichteten Anträge fiktionsfähig, wäre die Regelung des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) obsolet ([B 1 KR 8/17 R](#) Rn. 20, [B 1 KR 7/17 R](#) Rn. 22, beide juris). Das BSG hatte zudem mit Urteil vom 11. Mai 2017 entschieden, dass die krankenversicherungsrechtliche Genehmigungsfiktion bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch eintritt, wenn eine Leistung begehrt wird, die nicht objektiv medizinisch notwendig ist, wenn der Versicherte subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen durfte, weil die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt ([B 3 KR 30/15 R](#), Leitsatz 2 und Rn. 39, juris). Es bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, dass aus der Sicht der Klägerin ihr Antrag auf eine Liposuktion sowie eine Hautstraffung auf eine in keinem Fall genehmigungsfähige Leistung gerichtet war. Die Liposuktion der Oberschenkel und die Hautstraffung des Mons pubis stehen nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV (vgl. zur Liposuktion auch BSG, Urteil vom 11. Juli 2017, [B 1 KR 1/17 R](#), welches den von der Beklagten zitierten Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 13. September 2016 aufgehoben hat; vgl. zur Hautstraffung BSG, Urteile vom 7. November 2017, [B 1 KR 15/17 R](#) und [B 1 KR 24/17](#), jeweils Rn. 25 juris). Die Klägerin durfte subjektiv aufgrund der fachlichen Befürwortung durch das Markus Krankenhaus die beantragten Operationen, bei denen es sich um verbreitete medizinische Leistungen handelt, für erforderlich halten.

Auch geht der Senat mit dem Sozialgericht davon aus, dass es sich bei dem Schreiben der Beklagten vom 10. Februar 2014 entgegen deren Auffassung nicht um eine fristgerechte Ablehnung des Antrags auf Bruststraffung handelt. Denn in diesem Schreiben teilte die Beklagte der Klägerin lediglich formlos mit, dass sie hinsichtlich der Liposuktion der Oberschenkel und der Straffung des Mons pubis eine Stellungnahme des MDK einhole, hinsichtlich der Bruststraffung nicht, da diese Gegenstand des Vergleiches vor dem HLSG gewesen sei. Ein Regelungsgehalt im Sinne von [§ 31 SGB X](#) kommt diesem Schreiben nicht zu.

Die Auffassung der Beklagten, die Klägerin habe im vor dem HLSG geschlossenen Vergleich auf eine Bruststraffung verzichtet und das Sozialgericht habe den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu Unrecht festgestellt, vermag den Senat nicht zu überzeugen.

Gemäß [§ 46 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB I](#) kann auf Ansprüche auf Sozialleistungen im Sinne von [§ 11 SGB I](#) (Dienst-, Sach- und Geldleistungen) durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger verzichtet werden. Diese Verzichtserklärung ist eine einseitige, gestaltende und empfangsbedürftige Willenserklärung (vgl. BSG, Urteil vom 6. März 2003, [B 4 RA 15/02 R](#), Rn. 18, Urteil vom 21. Juni 2000, [B 4 RA 66/99 R](#), Rn. 34, beide juris). Ein Verzicht kann auch im Rahmen von Prozessvergleichen erklärt werden (vgl. BSG, Urteil vom 15. Oktober 1985, [11a RA 58/84](#), Rn. 13 juris, [SozR 2200 § 1251 Nr. 115](#)). Eine solche ausdrückliche Verzichtserklärung ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Klägerin hatte im Verfahren S 25 KR 635/08 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main die operative Straffung der Beine, Arme, Brust und des Gesäßes begehrt. Im Vergleich vom 30. August 2012 vor dem HLSG war der Klägerin dann die operative Straffung der Oberarme und Oberschenkel gewährt worden, so dass die Klägerin lediglich konkludent auf eine operative Straffung der Brüste und des Gesäßes verzichtet hat, um das Verfahren abzuschließen. Allerdings hat dieser Verzicht nach Ansicht des Senats nicht zur Folge, dass die Klägerin auch für die Zukunft rechtsverbindlich und uneingeschränkt auf eine Straffung der Brüste verzichtet hat. Ein derartiger umfassender Verzicht ist weder protokolliert worden, noch gibt es sonstige Anhaltspunkte dafür. Vielmehr stand es der Klägerin frei, die operative Straffung der Brüste zu einem späteren Zeitpunkt erneut bei der Beklagten zu beantragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzung des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-11-18