



Sozialgericht Detmold

163

Kreis an Mag. Stellung	WV:
EINGEGANGEN	
30. SEP. 2015	
DBG Rechtsschutz GmbH Büro Herford	
Kreis an Mag. Stellung	Kreis an Mag. Stellung
Kreis an Mag. Stellung	Kreis an Mag. Stellung

Az.: S 24 KR 554/14

Zugestellt am

Schröder
Regierungsbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin

Prozessbevollmächtigte: Rechtssekretär Weese u.a., DGB Rechtsschutz GmbH - Büro Herford -, Arndtstraße 2, 32052 Herford

gegen

BKK vor Ort, v

Beklagte

hat die 24. Kammer des Sozialgerichts Detmold ohne mündliche Verhandlung am 11.09.2015 durch den Vorsitzenden, den Richter am Sozialgericht Ortac, sowie den ehrenamtlichen Richter Knust und den ehrenamtlichen Richter Wilden für Recht erkannt:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 15.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2014 verurteilt, der Klägerin eine beidseitige Mammareduktionsplastik als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für eine Mammareduktionsplastik.

Die am 29.09.1992 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Mit einem am 21.10.2013 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine Mammareduktionsplastik aufgrund chronischer Rückenbeschwerden. Ihrem Antrag war neben einer Fotodokumentation ein Schreiben der Fachärztin für Frauenheilkunde vom 21.06.2013 beigelegt, in der diese ausführte, dass bei der Klägerin eine ausgeprägte beidseitige Makromastie bei einer BH-Größe von 75E bestehe. Unter beiden Brüsten bildeten sich feuchte Kammern, so dass rezidivierende Hautekzeme nicht ausgeschlossen werden könnten. Aufgrund der Ptosis bestehe eine chronische Verspanntheit und Verhärtung im Nackenbereich, des Weiteren zeige sich eine Rundrückenbildung. Die Klägerin berichte, dass ein erhöhtes Schamgefühl in der Öffentlichkeit bestehe und dass eine Störung der Selbstakzeptanz vorliege. Aufgrund dieser Gegebenheiten bestehe aus medizinischer Sicht eine Indikation für eine Mammareduktionsplastik.

In einer von der Klägerin vorgelegten ärztlichen Bescheinigung vom 08.07.2013 führte der Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie aus, dass bei der Klägerin ein Spannungskopfschmerz, eine Migräne und der Verdacht auf eine Borderline-Störung vorliegen würden. Belastend wirke für die Klägerin eine zu große Brust. Unter anderem komme es zu Rückenschmerzen und Stimmungseinbrüchen mit zum Teil selbstverletzendem Verhalten. Eine operative Brustverkleinerung sollte sich positiv auf die Gesamtverfassung auswirken.

Schließlich war dem Antrag noch ein Bericht des Orthopäden vom 01.08.2013 beigelegt. Darin führte der Arzt aus, dass die erhebliche Brustgröße zu einer zunehmenden Problematik der Statik beitrage und auf Dauer sicherlich auch nicht durch kräftigende Stabilisierungsübungen für die Wirbelsäule kompensiert werden könne. Um absehbare Schä-

den auch in der Zukunft zu vermeiden, habe er der Klägerin eine Brustverkleinerung empfohlen.

In einem Schreiben vom 30.10.2013 teilte die Beklagte der Klägerin Folgendes mit:

„Sehr geehrte Frau:

Sie wünschen die Übernahme der Kosten für eine Mammareduktionsplastik. Gerne prüfen wir gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ob wir die Kosten übernehmen können.

Der Gutachter benötigt

- ☐ einen plastisch-chirurgischen Befundbericht des operierenden Krankenhauses
- ☐ eine Fotodokumentation
- ☐ einen dermatologischen Befundbericht mit Angabe der bisher durchgeführten Therapien

Bitte reichen sie uns die Unterlagen ein. (...)"

In einem Schreiben vom 06.01.2014 erinnerte die Beklagte die Klägerin daran, die angeforderten Unterlagen zu übersenden.

Mit einem Schreiben vom 29.01.2014 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie sich nach Erhalt des Schreibens vom 30.10.2013 bei ihren Fachärzten um Termine bemüht, so schnell aber keinen Termin erhalten habe. Auch das Ausstellen der Atteste scheine entsprechende Zeit in Anspruch zu nehmen. Mittlerweile habe sie die geforderten Unterlagen erhalten, die sie als Anlagen ihrem Schreiben beifügte.

In einem von der Klägerin übersandten Befundbericht vom 01.12.2013 führte der Hautarzt aus, dass die Haut der Klägerin erscheinungsfrei sei. Es gebe keine Zeichen einer Psoriasis, eines Ekzems oder einer Tinea.

In einem weiteren von der Klägerin eingereichten Befundbericht vom 13.01.2014 führte Klinik für Plastische, Wiederherstellungs- und Ästhetische Chirurgie - Handchirurgie des Klinikums Bielefeld aus, dass bei der Klägerin eine Makromastie beidseits bestehe. Aus medizinischer Sicht bestehe die Indikation zu einer Mammareduktionsplastik beidseits.

Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin in einem Schreiben vom 03.02.2014 mit, dass sie die von der Klägerin übersandten Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zwecks Prüfung weitergeleitet habe.

In einem nach Aktenlage erstellten sozialmedizinischen Gutachten vom 06.03.2014 führte Frau Dr. Volkening-Kollmeier vom MDK aus, dass ein krankheitswertiger Befund bzgl. der Brüste nicht vorliege. Vor dem Hintergrund des Übergewichts bestehe keine Disproportion, in Anbetracht der großen Variationsbreite von Form und Größe der weiblichen Brust sei ein Norm abweichender Befund zu verneinen. Es bestehe weder eine Entstellung durch die großen Brüste noch sei eine durch diese hervorgerufene Funktionsbeeinträchtigung zu objektivieren. Die Rücken- und Nackenbeschwerden stellten ein eigenständiges Krankheitsbild dar, das je nach Intensität und Ausprägung fachärztlich behandelt werden solle. Eine Brust verkleinernde Operation sei nicht geeignet als prophylaktische Maßnahme zur Vermeidung zukünftiger Wirbelsäulenbeschwerden. Bzgl. der psychischen Belastung sei im Einklang mit der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf die Notwendigkeit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zu verweisen.

Mit einem Bescheid vom 15.03.2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der MDK keine medizinische Notwendigkeit für den geplanten Eingriff erkenne. Aus seiner Sicht überwiege aktuell der kosmetisch-ästhetische Aspekt. Damit handele es sich nicht um eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten für den gewünschten operativen Eingriff könnten daher nicht übernommen werden.

Dagegen legte die Klägerin mit einem Schreiben vom 28.03.2014 Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie aus, dass sie wegen der ständig vorhandenen Schmerzen im Rücken und im Nackenbereich mehrere Monate in physiotherapeutischer Behandlung gewesen sei und auch für einige Monate Übungen im Fitnessstudio durchgeführt habe. Diese Maßnahmen hätten keine durchgreifende Verbesserung erbracht. Sie sei durch die ständigen Schmerzen gezwungen, drei- bis viermal pro Woche Schmerzmittel einzunehmen und zwar ca. zweimal täglich zwei Tabletten Ibuprofen 400 mg.

Daraufhin ließ die Beklagte die Klägerin vom MDK körperlich untersuchen. In einem daraufhin erstellten sozialmedizinischen Gutachten vom 24.06.2014 führte Frau Dr. Volkening-Kollmeier aus, dass am Untersuchungstag normalgroße Brüste mit Ptosis II. Grades mit einem Einzelbrustgewicht von jeweils 1000 g beidseits gesehen worden seien. Wie im Vorgutachten festgestellt, sei die Brustgröße der Klägerin als Normvariante zu betrachten. Ein entstellender Befund habe nicht einmal am unbedeckten Körper vorgelegen. Für einen kausalen Zusammenhang zwischen Brustgröße und Rückenbeschwerden gebe es keine wissenschaftliche Evidenz. Wie im Vorgutachten dargelegt, seien orthopädische und auch psychiatrische Leiden mit den Mitteln des jeweiligen Fachgebiets zu behandeln. Insgesamt ergäben sich somit keine wesentlichen neuen Aspekte, die zu einer Korrektur der ersten gutachtlichen Einschätzung Anlass böten. Das Gutachten wurde der Beklagten gekürzt (ohne Befund und ohne Vorgeschichte) zur Verfügung gestellt.

Mit einem Widerspruchsbescheid vom 24.10.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die Größe der Brust für sich genommen keinen Befund von Krankheitswert darstelle, der eine operative Behandlung erforderlich machen könne. Nach den Feststellungen des MDK seien die Brüste der Klägerin nicht als krankes Organ anzusehen. Vorrangig würden Nacken- und Kopfschmerzen beklagt. Bisher habe jedoch ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und Brustgewicht einerseits und Rückenschmerzen und anderen orthopädischen Krankheitsbildern andererseits nicht durch wissenschaftlich gesicherte Studien zweifelsfrei belegt werden können. Orthopädische und auch psychiatrische Leiden seien mit den Mitteln des jeweiligen Fachgebietes zu behandeln. Auch eine Entstellung könne nicht angenommen werden.

Dagegen richtet sich die am 19.11.2014 erhobene Klage. Die Klägerin wiederholt dabei im Wesentlichen ihren bisherigen Vortrag.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2014 zu verurteilen, der Klägerin eine beidseitige Mammareduktionsplastik als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Sie meint, dass der angefochtene Bescheid der Sach- und Rechtslage entspreche und daher nicht zu beanstanden sei. Sie ist der Ansicht, dass auch ein Anspruch aus § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausscheide, weil die begehrte Leistung medizinisch nicht erforderlich und wirtschaftlich sei. Die Kostenerstattungsregelung dürfe nicht weiter gehen als ein entsprechender Sach- oder Dienstleistungsanspruch. Im Übrigen habe sie die Klägerin mit Schreiben vom 30.10.2013 und 06.01.2014 aufgefordert, medizinische Unterlagen für den MDK einzureichen. Die verspätete Entscheidung sei nicht allein ihr anzulasten, sondern sei durch die verspätete Vorlage der angeforderten Unterlagen verursacht worden.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Anforderung des ungekürzten Gutachtens von Frau Dr. _____ vom 24.06.2014 sowie durch Einholung von Befundberichten von _____ (20.04.2015), des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, _____ (30.04.2015) und des Orthopäden _____ (29.04.2015). Auf das Gutachten und die Befundberichte wird Bezug genommen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand bezieht sich die Kammer auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte den Rechtsstreit mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässige Klage ist begründet.

Der angefochtene Bescheid vom 15.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2014 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Die Klägerin hat einen Anspruch auf eine beidseitige Mammareduktionsplastik gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V.

Nach § 13 Abs. 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 MDK, 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 MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). 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).

§ 13 Abs. 3a SGB V beruht auf dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz, BGBl. I 2013, 277). Die Norm verfolgt das Ziel, die Entscheidungsprozesse der

Krankenkassen im Interesse der Patienten zu beschleunigen. Deshalb werden der Krankenkasse durch diese Vorschrift im Verwaltungsverfahren bestimmte Fristen auferlegt, die verhindern sollen, dass Versicherte unzumutbar lange auf eine Entscheidung warten müssen (Joussen, in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand: 01.03.2015, § 13 SGB V Rn. 21a). Der spezifische Schutzzweck dieser Norm liegt also darin, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL III/2014, § 13 Rn. 58I). Insoweit kommt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung zu (SG Mannheim Urteil vom 03.06.2014 – S 9 KR 3174/13 –, juris Rn. 20; SG Lüneburg Urteil vom 17.02.2015 – S 16 KR 96/14 –, juris Rn. 15; Wenner, SGB 2013, 162 ff.).

Die Beklagte hat die hier einschlägige 5-Wochen-Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht eingehalten und der Klägerin die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V beginnt nach § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch am auf den Auftragseingang folgenden Tag – hier am 22.10.2013 – und endet mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antrags- einkommens entspricht, hier am 25.11.2013. Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag der Klägerin erfolgte dagegen erst am 15.03.2014 und damit außerhalb der Frist.

Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte nicht. Zwar hat die Beklagte innerhalb der 5-Wochen-Frist mit Schreiben vom 30.10.2013 ergänzende Unterlagen von der Klägerin angefordert. In diesem Schreiben war jedoch weder hervorgehoben, dass überhaupt eine gesetzliche Frist nicht eingehalten werden kann oder soll noch wird ausdrücklich und verständlich ein Grund für eine fehlende Fristeinhaltung mitgeteilt. Das war aber erforderlich. Denn die Hinweispflicht der Krankenkasse hat eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 SGB V. Das Gesetz verfolgt den Zweck, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung der Krankenkasse fristgerecht erfolgt oder eine Selbst

beschaffung zulässig ist. Die vorgeschriebene Schriftform trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion (vgl. SG Marburg Urteil vom 15.01.2015 – S 6 KR 160/13 –; SG Lüneburg Urteil vom 17.02.2015 – S 16 KR 96/14 –, jeweils juris). Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht und damit an die benannte Warnfunktion anknüpft. Wenn die Nichteinhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist schon nicht mitgeteilt wird und auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt.

Entgegen der Ansicht der Beklagten hat sich die Frist auch nicht durch die Anforderung von Unterlagen durch die Schreiben vom 30.10.2013 und 06.01.2014 verlängert. Eine Regelung, die § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V entspricht („Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“) hat der Gesetzgeber in § 13 Abs. 3a SGB V nicht vorgesehen. Daraus ist zu folgern, dass vorliegend aus Verzögerungen, die durch die Einholung ergänzender Informationen oder ärztlicher Unterlagen erwachsen, keine weiteren Folgen abzuleiten sind. Dadurch werden die Rechte der Krankenkasse auch nicht beschnitten. Denn dieser bleibt es unbenommen, innerhalb der Frist die Gründe für die Verzögerung der Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL III/2014, § 13 Rh. 58I). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen.

Die von der Beklagten und teilweise in der Rechtsprechung vertretene Ansicht, wonach die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V und die darauf basierende Kostenerstattungsregelung nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nur bei einer Leistung greifen kann,

welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 26.05.2014 – L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B –; Sozialgericht [SG] Dortmund Beschlüsse vom 16.07.2014 – S 40 KR 742/14 ER – und 31.01.2014 – S 28 KR 1/14 ER –; SG Würzburg Urteil vom 15.01.2015 – S 11 KR 100/14 –, jeweils juris), wird von der Kammer in Anlehnung an die Entscheidungen des LSG Nordrhein-Westfalen vom 23.05.2014 (Az.: L 5 KR 222/14 B ER) und des LSG Saarland vom 17.06.2015 (Az.: L 2 KR 180/14) sowie anderer Sozialgerichte (vgl. SG Speyer Urteil vom 09.07.2015 – S 17 KR 327/14 –; SG Gießen Urteil vom 26.06.2015 – S 7 KR 429/14 –; SG Detmold Urteil vom 18.06.2015 – S 3 KR 493/14 –; SG Nürnberg Urteil vom 30.04.2015 – S 7 KR 496/14 –; SG Mannheim Urteile vom 27.03.2015 – S 9 KR 3123/14 – und 03.06.2014 – S 9 KR 3174/13 –; SG Koblenz Urteil vom 23.03.2015 – S 13 KR 977/14 –; SG Heilbronn Urteil vom 10.03.2015 – S 11 KR 2425/14 –; SG Düsseldorf Urteil vom 02.03.2015 – S 9 KR 903/14 –; SG Lüneburg Urteil vom 17.02.2015 – S 16 KR 96/14 –; SG Gelsenkirchen Urteile vom 05.02.2015 – S 17 KR 524/14 –, 29.01.2015 – S 17 KR 479/14 – und 02.10.2014 – S 11 KR 180/14 –; SG Marburg Urteil vom 15.01.2015 – S 6 KR 160/13 –; SG Karlsruhe Urteile vom 19.05.2015 – S 16 KR 78/15 – und 15.12.2014 – S 5 KR 2284/14 –; SG Augsburg Urteile vom 27.11.2014 – S 12 KR 183/14 – und 12.11.2014 – S 12 KR 3/14 –; SG Osnabrück Urteile vom 06.11.2014 – S 13 KR 164/14 und S 13 KR 189/14 –; SG Dessau-Roßlau Urteil vom 18.12.2013 – S 21 KR 282/13 –, jeweils juris) nicht geteilt.

Maßgebend für die Auslegung von Gesetzen ist der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den sie hineingestellt ist (ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts [BVerfG], vgl. Urteil vom 21.05.1952 – 2 BvH 2/52 –; Beschluss vom 17.05.1960 – 2 BvL 11/59, 2 BvL 11/60 –; Urteil vom 20.03.2002 – 2 BvR 794/95 –; Urteil vom 19.03.2013 – 2 BvR 2628/10, 2 BvR 2883/10, 2 BvR 2155/11 –, jeweils juris). Der Erfassung des objektiven Willens des Gesetzgebers dienen die anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung aus dem Wortlaut der Norm, der Systematik, ihrem Sinn und Zweck sowie aus den Gesetzesmaterialien und der Entstehungsgeschichte, die einander nicht ausschließen, sondern sich gegenseitig ergänzen. Unter ihnen hat keine einen unbedingten

Vorrang vor einer anderen (vgl. BVerfG Urteil vom 19.03.2013 – 2 BvR 2628/10, 2 BvR 2883/10, 2 BvR 2155/11 –, juris). Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut der Vorschrift. Er gibt allerdings nicht immer hinreichende Hinweise auf den Willen des Gesetzgebers. Unter Umständen wird erst im Zusammenhang mit Sinn und Zweck des Gesetzes oder anderen Auslegungsgesichtspunkten die im Wortlaut ausgedrückte, vom Gesetzgeber verfolgte Regelungskonzeption deutlich, der sich das Gericht nicht entgegenstellen darf (vgl. BVerfG Beschluss vom 15.01.2009 – 2 BvR 2044/07 –, juris Rn. 97). Dessen Aufgabe beschränkt sich darauf, die intendierte Regelungskonzeption bezogen auf den konkreten Fall möglichst zuverlässig zur Geltung zu bringen (vgl. BVerfG Beschluss vom 12.11.1997 – 1 BvR 479/92, 1 BvR 307/94 –, juris Rn. 54). In keinem Fall darf richterliche Rechtsfindung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen (vgl. BVerfG Beschluss vom 09.02.1988 – 1 BvL 23/86 –, juris Rn. 14).

§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V kann nach den voranstehend genannten Kriterien aus Sicht der Kammer nur dahingehend ausgelegt werden, dass das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion nur von der Nichteinhaltung der Frist bzw. der unzureichenden oder fehlenden schriftlichen Mitteilung bzgl. der Nichteinhaltung der Frist abhängig ist, nicht hingegen auch von der Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V.

Dies folgt zunächst aus einer grammatikalischen Auslegung der Norm. Nach dem klaren Wortlaut gewährt § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, wohingegen § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch für eine erforderliche Leistung zum Gegenstand hat. Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V knüpft die Genehmigungsfiktion ausschließlich daran, dass innerhalb der Frist keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Eine Einschränkung dahingehend, dass sich diese Genehmigungsfiktion nur auf solche Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, enthält die Vorschrift semantisch und grammatikalisch eindeutig nicht. Dass dies kein

„Redaktionsversehen“ des Gesetzgebers gewesen sein kann, ergibt sich bereits daraus, dass dieser vielfach mit Genehmigungsfiktionen arbeitet. Diese sind weder dem Sozialrecht im Allgemeinen (vgl. § 88 Abs. 5 Satz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IX], § 91 Abs. 3 Satz 2 SGB IX, § 6 Abs. 3 Satz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch, § 17 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB XI], § 18b Abs. 3 Satz 2 SGB XI) noch dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen (vgl. § 32 Abs. 1a Satz 3 Halbsatz 2 SGB V, § 110 Abs. 2 Satz 5 SGB V, § 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V) fremd. Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die in § 42a Verwaltungsverfahrensgesetz zu finden ist. Danach gilt eine beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (Genehmigungsfiktion), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. Auch hier unterstellt das Gesetz, dass von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden wäre („fiktiver Verwaltungsakt“). Der Versicherte kann den Eintritt der Genehmigungsfiktion dann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die Leistung zu verlangen oder sich gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. SG Nürnberg Urteil vom 30.04.2015 – S 7 KR 496/14 –, juris Rn. 33).

Diese grammatikalische Auslegung wird durch eine systematische, historische und teleologische Auslegung bestätigt: Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetz ergibt (BR-Drucks. 312/12, S. 46, siehe auch BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710, S. 30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 – ohne weitere den klaren Wortlaut einschränkende Erläuterungen – in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme der Norm kein eigener Regelungsgehalt zu. 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 praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V aus (LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER –, juris Rn. 7 m.w.N.).

Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER –; SG Heilbronn Urteil vom 10.03.2015 – S 11 KR 2425/14 –; SG Gelsenkirchen Urteil vom 29.01.2015 – S 17 KR 479/14 –; SG Augsburg Urteil vom 27.11.2014 – S 12 KR 183/14 –; a.A. LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 26.05.2014 – L 16 KR 154/14 B ER –, jeweils juris). Zudem hätte bei einer solchen Auslegung ein Versicherter ungeachtet eines Verstoßes der Krankenkasse gegen die in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V normierte Hinweispflicht keine Gewissheit, dass die beantragte Leistung von der Krankenkasse bezahlt oder zumindest die Kosten hierfür erstattet werden. Dies kann nicht Sinn und Zweck des Patientenrechtegesetzes gewesen sein, welches gerade darauf abzielt, die Rechte des Patienten wesentlich zu stärken. Im Übrigen hatte und hat es die Beklagte selbst in der Hand, die in § 13 Abs. 3a SGB V festgelegten Fristen einzuhalten, und, wenn sie dies nicht schafft, den Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich hierüber zu informieren.

Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V steht der voranstehenden Auslegung nicht entgegen. Soweit das Gesetz darin den Begriff des „Leistungsberechtigten“ und der „erforderlichen“ Leistung verwendet, erlaubt es nach Auffassung der Kammer nicht, den Kostenerstattungsanspruch (und die Wirkungen der vorgeschalteten Genehmigungsfiktion) an die materielle Leistungsberechtigung der Klägerin zu knüpfen bzw. nur auf solche Leistungen zu beschränken, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen (LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER –, juris). Denn ein solches Vorgehen würde zwangsläufig dazu führen, dass § 13 Abs. 3a SGB V entgegen der besonderen Zielsetzung des Patientenrechtegesetzes weitgehend

leerlaufen würde. Allenfalls erscheint es aufgrund der angeführten Begriffe denkbar, die Anwendung von § 13 Abs. 3a SGB V in „Evidenz-Fällen“ auszuschließen. Ein solcher Fall dürfte vorliegen, wenn etwa eine Antragstellung durch eine Person erfolgt, die gar nicht Mitglied der betreffenden Krankenkasse ist. Gleiches kann gelten, wenn die beantragte Leistung offenkundig im Rahmen des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsspektrums (medizinisch) nicht erforderlich sein kann, beispielsweise wenn die Durchführung eines Erholungsurlaubs auf Mallorca oder die Versorgung mit Heroin oder anderen illegalen Drogen beantragt wird (SG Koblenz Urteil vom 23.03.2015 – S 13 KR 977/14 –, juris). In solchen Fällen dürfte es naheliegend sein, schon begrifflich nicht von einer „erforderlichen Leistung“ im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen und den Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V insoweit teleologisch zu reduzieren. Ein solcher „Evidenz-Fall“ ist vorliegend jedoch nicht ersichtlich.

Die Krankenkasse kann sich von den Rechtsfolgen der fingierten Genehmigung allenfalls über den Weg einer Rücknahme bzw. Aufhebung des fingierten Verwaltungsakts gemäß §§ 44 ff. SGB X lösen. Hierauf kommt es vorliegend aber nicht an, denn der angefochtene Bescheid kann nicht in einen Rücknahmebescheid nach § 45 SGB X umgedeutet werden. Denn einerseits fehlt insoweit das notwendige Rücknahmeermessen, darüber hinaus hat die Beklagte auch von der für eine Rücknahme zwingend erforderlichen vorherigen Anhörung der Klägerin abgesehen (§ 24 SGB X). Mittlerweile ist auch die einjährige Rücknahmefrist verstrichen (§ 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.