

Sozialgericht Mannheim

Az.: S 9 KR 3123/14

Verkündet
am 25.03.2015



Abschrift

Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Frau A.B.
[Redacted]

- Klägerin -

Proz.-Bev.: Rechtsanwältin
Mannheim

gegen

Versicherung XYZ... (anonymisiert)

- Beklagte -

Die 9. Kammer des Sozialgerichts Mannheim hat aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25.03.2015 durch ihren Vorsitzenden, den Richter am Sozialgericht sowie die ehrenamtliche Richterin und den ehrenamtlichen Richter für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 12.6.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.9.2014 verurteilt, der Klägerin entsprechend dem Kostenvoranschlag vom 14.4.2014 zur Entfernung der Gesichtsbehaarung eine Elektroepilation durch Frau S. zu erbringen.
2. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Klageverfahrens zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) um die Durchführung einer Elektroepilation zur Entfernung der Gesichtsbehaarung.

Die am 3.7.1980 geborene Klägerin, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, gehört aufgrund des Beschlusses des Amtsgerichts Mannheim vom 4.10.2013 (Ber 10 UR III 6/13) nach dem Transsexuellengesetz (TSG) nunmehr dem weiblichen Geschlecht an.

Am 24.4.2014 beantragte sie bei der Beklagten die Durchführung einer Elektroepilation zur Entfernung des Haarwuchses im Gesicht (Bartentfernung). Sie wolle diese Behandlung bei Frau S [REDACTED] durchführen, weil sie schon vielfach „Transfrauen“ erfolgreich behandelt habe und dies von einigen Krankenkassen im Rahmen einer Einzelfallentscheidung akzeptiert worden sei. Zur weiteren Begründung ihres Antrages legte die Klägerin Atteste von [REDACTED] Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie, Mannheim sowie von Diplom-Psychologin [REDACTED] und einen Kostenvorschlag von Frau S [REDACTED] vom 14.4.2014 über 9.000,00 € bei (etwa 150 Stunden zu jeweils 60,00 €).

In seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 3.6.2014 bestätigte der MDK, dass die Entfernung der Barthaare im Gesicht eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei und über die Versichertenkarte abgerechnet werden könne. Einschränkend müsse allerdings angemerkt werden, dass diese Leistung aufgrund der über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegten Vergütung von den kassenärztlichen Leistungserbringern (in der Regel Dermatologen) praktisch nicht mehr angeboten werde. Gleichwohl sei eine Abrechnung durch Frau S [REDACTED] nicht statthaft, denn das von ihr betriebene Studio sei keine Vertragseinrichtung der Krankenkassen.

Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit dem Bescheid vom 12.6.2014 mit, dass eine Kostenübernahme für die beantragte Epilationsbehandlung durch Frau S [REDACTED] abgelehnt werde. Zur Begründung nahm die Beklagte auf die Ausführungen des MDK Bezug.

Gegen diese Entscheidung erhob die Klägerin am 24.6.2014 Widerspruch und machte später ergänzend noch auf einen vor dem Sozialgericht Berlin in einem vergleichbaren Klageverfahren geschlossenen Vergleich vom 26.9.2013 (S 72 KR 1400/12) aufmerksam.

In einer ersten Beratung empfahl der Widerspruchsausschuss der Beklagten am 27.8.2014, der Klägerin für eine gütliche Beilegung der Angelegenheit zur Durchführung der Epilationsbehandlung bei einem Arzt einen Betrag von 4.500,00 € anzubieten. Diesen Vorschlag wies die Klägerin Anfang September 2014 zurück, da sie keinen behandlungsbereiten Arzt finde.

Daraufhin ist der Widerspruch erfolglos geblieben (Widerspruchsbescheid vom 24.9.2014): Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dürften Leistungen nur durch Vertragsärzte erbracht werden. In diesem System bestehe folglich kein Anspruch auf eine Kostenübernahme für die Behandlung bei Frau S [REDACTED]

Am 16.10.2014 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht erhoben und strebt weiterhin im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Durchführung der Epilationsbehandlung bei Frau S [REDACTED]

an. Denn die von der Beklagten angeführte Behandlungsmöglichkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung werde schlechterdings nicht angeboten.

Sinngemäß gefasst beantragt die Klägerin somit,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12.6.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.9.2014 zu verurteilen, die beantragte Epilationsbehandlung bei Frau S durchzuführen bzw. sie von den entsprechenden Behandlungskosten freizustellen.

Die Beklagte tritt der Klage entgegen und beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zu den gerichtlichen Hinweisen vom 19.12.2014 und vom 14.1.2015 weist sie darauf hin, die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V erweitere den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Vielmehr greife sie nur bei notwendigen und wirtschaftlichen Leistungen, die innerhalb des gewöhnlichen Leistungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung zu bringen seien, ein. Dies gelte auch „ungeachtet der nicht möglichen Sicherstellung der Nadelepilationsbehandlung durch Vertragsärzte“. Dies ergebe sich aus dem bereits im Widerspruchsbescheid angeführten zwingenden „Arztvorbehalt“. Die Beklagte sehe sich zudem in ihrer Auffassung durch das LSG Baden-Württemberg gestützt (Entscheidung vom 27.1.2009 - L 11 KR 3126/08).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die dem Gericht vorliegende Verwaltungsakte der Beklagten (ein Band) und auf die Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

I.

Die Klage ist als Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz - SGG) zulässig. Denn die auf § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V beruhende Genehmigungsfiktion steht dem angefochtenen Ablehnungsbescheid vom 12.6.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.9.2014 entgegen; zugleich führt sie dazu, dass die Klägerin die streitige Leistung nach Fristablauf ohne Erteilung eines weiteren Verwaltungsakts unmittelbar beanspruchen kann. Das für die Anfechtungsklage notwendige Vorverfahren (§ 78 SGG) ist durchgeführt worden, insoweit wahrt die Klage vom 16.10.2014 nach Erteilung des Widerspruchsbescheides vom 24.9.2014 auch die einmonatige Klagefrist (§ 87 SGG). Die Leistungsklage ist nicht fristgebunden.

II.

(1.)

Die Klage ist zudem begründet.

Denn die Klägerin kann sich auf § 13 Abs. 3a SGB V berufen. Hiernach gilt die streitige Krankenbehandlung wie von der Klägerin beantragt als genehmigt.

Diese Vorschrift beruht auf dem Patientenrechtsgesetz vom 20.2.2013 und ist zum 26.2.2013 in Kraft getreten. Sie zielt darauf ab, 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 (Beck-Online-Kommentar SGB V, § 13 Rdnr. 21a). Der spezifische Schutzzweck dieser Norm liegt also darin, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes (vgl. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz - GG) vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen (Hauck/Noftz, SGB V, online-Ausgabe, § 13 Rdnr. 581). Insoweit wohnt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung inne (Prof. Ulrich Wenner, Patientenrechte im Krankenversicherungsrecht, SGB, 2013, Seiten 162 ff.). Zusammenfassend sollen durch die neu eingeführte Vorschrift somit aufgrund des „Schutzguts der Gesundheit“ zu lange Verwaltungsverfahren vermieden werden. Als angemessene Grenze definiert der Gesetzgeber pauschal eine Dauer von bis zu fünf Wochen und nimmt nach Ablauf dieser Frist in Kauf, dass „zur Vermeidung bleibender Gesundheitsschäden“ durch verzögerte Sachbearbeitung seitens der Krankenkasse im Zweifel „lieber eine unwirtschaftliche Methode“ bezahlt bzw. durchgeführt werden soll (so ausdrücklich Thorsten Vogel, Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a SGB V - Ein gesetzgeberisches Kuckucksei?, NZS, 2014, Seiten 210f.).

Im Einzelnen (hierzu bereits Urteil der Kammer vom 3.6.2014 - S 9 KR 3174/13):

Die Krankenkasse hat 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 (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V).

Ausgehend von der Antragstellung am 24.4.2014 ist vorliegend die zur Anwendung kommende Fünfwochenfrist nicht eingehalten worden, denn Fristablauf ist hier am Freitag, dem 30.5.2014 eingetreten (zur Fristberechnung vgl. § 26 Abs. 2 und 3 Sozialgesetzbuch X - SGB X). Tatsächlich hat die Beklagte ihre Entscheidung jedoch erst nach Ablauf dieser Frist getroffen und den maßgeblichen Bescheid erst am 12.6.2014 abgefasst.

Folglich kommt vorliegend § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V zum Tragen. Diese Vorschrift lautet:

Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Nach Auffassung des Sozialgerichts bieten weder der Wortlaut, noch der Sinn und Zweck der zitierten Gesetzesvorschriften eine Grundlage für eine einschränkende Auslegung. Daher scheidet es aus, die Wirkung der fiktiven Genehmigung nur auf solche Leistungen zu erstrecken, die die Krankenkasse bei materieller Betrachtung als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (so aber bspw. SG Würzburg, Urteil vom 15.1.2015 - S 11 KR 100/14, offengelassen durch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4.2.2015 - L 9 KR 99/14, SG Dortmund, Beschlüsse vom 16.7.2014 - S 40 KR 742/14 ER und vom 31.1.2014 - S 28 KR 1/14 ER, LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 26.5.2014 - L 16 KR 154/14 B ER und L 16 KR 155/14 B). Denn das Patientenrechtsgesetz zielt wie eingangs erläutert gerade darauf ab, die Rechte der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse zu stärken und die Entscheidungsprozesse zur Gewährleistung eines umfassenden Gesundheitsschutzes zu beschleunigen. Nach Fristablauf soll zugunsten der Versicherten Klarheit darüber herrschen, welche Leistung von der Krankenkasse zu erbringen ist. Dieses Ziel wird ausgehend von dem klaren Wortlaut des Gesetzes dadurch erreicht, dass im Sinne einer „selbstvollziehenden Automatik“ die beantragte Leistung ohne weitere Handlungen des Versicherten (wie bspw. Setzung einer Nachfrist oder ähnliches mehr) als genehmigt gilt. Diese fingierte Genehmigung hat alle Rechtswirkungen eines tatsächlich erteilten und bekanntgegebenen Verwaltungsakts. Sie begründet somit nicht nur eine verfahrensrechtliche Position, die der Krankenkasse den Einwand abschneidet, der Versicherte habe die vorherige Entscheidung der Krankenkasse nicht abgewartet, so dass die für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V notwendige Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten fehle (vgl. zu diesem Erfordernis bspw. BSG, Urteil vom 7.5.2013 - B 1 KR 44/12 R). Vielmehr folgt aus ihr für den Antragsteller auch eine auf die beantragte Leistung bezogene materiell-rechtliche Position (Hauck/Noftz, SGB V, online-Ausgabe, § 13 Rdnr. 581). Zur Verwirklichung der oben dargestellten Zielsetzung wird somit nach Ablauf der dargestellten Frist rechtswirksam unterstellt, dass der Antragsteller die beantragte Leistung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung beanspruchen kann. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen ist, die im Genehmigungsverfahren zur Ablehnung des Antrags hätten führen können. Die Krankenkasse kann sich von den Rechtsfolgen der fingierten Genehmigung allenfalls über den Weg einer Rücknahme bzw. Aufhebung des Verwaltungsakts (§§ 44 ff. SGB X) lösen (dies ist umstritten, vgl. einerseits Hauck/Noftz, SGB V, online-Ausgabe, § 13 Rdnr. 581, andererseits SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - S 21 KR 282/13). Hierauf kommt es vorliegend letztlich aber nicht an, denn der angefochtene Bescheid kann nicht in einen Rücknahmebescheid nach § 45 SGB X umgedeutet werden. Die Voraussetzungen einer Umdeutung nach § 43 SGB X liegen nämlich nicht vor (so auch zu der entsprechenden Parallelvorschrift des allgemeinen Verwaltungsverfahrenrechts: Kopp/Ramsauer, VwVfG, § 42a, Rdnr. 14). Denn einerseits fehlt insoweit das notwendige Rücknahmeerlassen, darüber hinaus hat die Beklagte auch von der für eine Rücknahme zwingend erforderlichen vorherigen Anhörung der Klägerin abgesehen (§ 24 SGB X).

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass die Klägerin aufgrund fiktiver Genehmigung einen Rechtsanspruch darauf hat, dass die Beklagte die beantragte Leistung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbringt.

Hieran ändern auch die Einwände der Beklagten nichts. Denn die sprachliche Gestaltung von § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V steht der oben dargestellten Gesetzesauslegung nicht entgegen. Die zuletzt zitierte Vorschrift lautet:

Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Die Verwendung der Begriffe des „Leistungsberechtigten“ und der „erforderlichen“ Leistung erlaubt es nach Auffassung des Gerichts nicht, den Kostenerstattungsanspruch (und die Wirkungen der vorgeschalteten Genehmigungsfiktion) an die materielle Leistungsberechtigung des Antragstellers zu knüpfen bzw. nur auf solche Leistungen zu beschränken, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen (so auch Thorsten Vogel, Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a SGB V - Ein gesetzgeberisches Kuckucksei?, NZS, 2014, Seiten 210f. sowie SG Augsburg, Urteil vom 27.11.2014 - S 12 KR 183/14 und LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.5.2014 - L 5 KR 222/14 B ER). Denn ein solches Vorgehen würde zwangsläufig dazu führen, dass § 13 Abs. 3a SGB V entgegen der besonderen Zielsetzung des Patientenrechtsgesetzes weitgehend „leerlaufen“ würde. Im Übrigen ist zu der Parallelvorschrift des allgemeinen Verwaltungsverfahrensrechts (§ 42a VwVfG) in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass die Rechtsfolgen der Genehmigungsfiktion unabhängig von der materiellen Rechtslage eintreten. Eine Grenze kann insoweit allenfalls erreicht werden, wenn ein entsprechender ausdrücklich erteilter Verwaltungsakt nichtig wäre (vgl. hierzu Kopp/Ramsauer, VwVfG, 15. Auflage 2014, § 42a Rdnrn. 3 und 16 und Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, online-Ausgabe, § 42a, Rdnr. 51). So betont auch das BVerwG (Urteil vom 12.7.2012 - 5 C 16/11), dass die fingierte Genehmigung gegenüber dem an sich gebotenen ausdrücklich zu erteilenden Verwaltungsakt einen „Surrogatscharakter“ hat und leitet hieraus ab, dass für die fingierte Genehmigung sämtliche Vorschriften und Grundsätze, die für Verwaltungsakte maßgeblich sind, gelten. Für Verwaltungsakte ist jedoch anerkannt, dass Wirksamkeit und Bestandskraft auch dann eintreten, wenn die hierin ausgesprochene Regelung rechtswidrig ist und mit der materiellen Rechtslage nicht in Einklang steht (vgl. bspw. nur jurisPK, § 39 SGB X, Rdnr. 13). Hieraus folgt, dass auch für die fingierte Genehmigung die Regelungen über die Bestandskraft eines Verwaltungsaktes gelten und sich die betreffende Verwaltungsbehörde von den aus der fingierten Genehmigung abgeleiteten Rechtsfolgen nur nach den allgemeinen Vorschriften über die Aufhebung bzw. Rücknahme eines Verwaltungsaktes lösen kann (Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, online-Ausgabe, § 42a, Rdnrn 50 ff.).

Vor diesem Hintergrund kann sich die Beklagte nicht darauf berufen, der Durchführung der Nadelepilation in einem Kosmetikstudio stehe der „Arztvorbehalt“ der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen.

Unerheblich ist vorliegend ferner, dass der Eintritt der fingierten Genehmigung auf reine Maßnahmen der Krankenbehandlung beschränkt ist und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen (im vorliegenden Zusammenhang weniger weitgehenden) Vorschriften der §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) vorgehen (§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V - vgl. hierzu SG Stralsund, Gerichtsbescheid vom 7.4.2014 - S 3 KR 112/13). Denn die Entfernung der Barthaare im Gesicht stellt – was von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen wird – bei einer „Mann-zu-Frau-Transsexualität“ zweifelsohne eine Maßnahme der Krankenbehandlung, nicht aber eine solche der medizinischen Rehabilitation, dar.

Unerheblich ist in zuletzt auch, dass die Klägerin den Beschluss des Amtsgerichts Mannheim vom 4.10.2013 zur Änderung des Personenstandes (B 10 UR III 6/13) sowie das zugehörige sexualmedizinische Gutachten vom 15.7.2013 der Kasse erst am 9.5.2014 vorgelegt hat. Zwar setzt der Eintritt der Genehmigungsfiktion voraus, dass ein vollständiger, hinreichend

bestimmter Leistungsantrag gestellt worden ist. Dieser Antrag muss, damit die maßgebliche Frist ausgelöst wird, hinsichtlich der in die Sphäre des Antragstellers fallenden Gesichtspunkte entscheidungsreif sein (vgl. hierzu Kopp/Ramsauer, VwVfG, 15. Auflage 2014, § 42a, Rdnr. 11 und Stelken/Bonk/Sachs, VwVfG, online-Ausgabe, § 42a, Rdnr. 35). Dieser Anforderung wird der bei der Beklagten am 24.4.2014 eingereichte Antrag jedoch nach Auffassung des Gerichts in vollem Umfange gerecht. Denn die Klägerin hat diesem Antrag aussagekräftige Atteste von Dr. () für Innere Medizin und Endokrinologie, () vom 16.4.2014 sowie von Dipl.-Psych. () vom 23.1.2014 sowie ein ausführliches Begleitschreiben von Frau S. () mit Kostenvoranschlag vom 14.4.2014 beigefügt. Zudem hat sie ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Änderung ihres Vornamens und ihres Personenstandes „seit dem 25.10.2013 rechtskräftig“ war. Vor diesem Hintergrund war die Beiziehung des entsprechenden Gerichtsbeschlusses und des zugehörigen sexualmedizinischen Gutachtens nach Auffassung des Gerichts streng genommen nicht geboten. Im Übrigen wäre es für die Beklagte unschwer möglich gewesen, die entsprechenden Unterlagen bei der Klägerin schriftlich anzufordern und diese zugleich darauf hinzuweisen, dass die Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V erst nach Vorlage dieser Unterlagen beginnen werde bzw. dass einer Bearbeitung des Antrags innerhalb der maßgeblichen Fristen ein hinreichender Grund entgegenstehe. Da die Beklagte hiervon abgesehen hat, verbleibt es nach Auffassung des Gerichts bei dem oben dargestellten Fristablauf. Das erstmals in der mündlichen Verhandlung geäußerte Vorbringen, die Klägerin sei vor Erteilung des Bescheides vom 12.6.2014 telefonisch „auf dem Laufenden gehalten“ worden, kann hieran nichts ändern. Denn die entsprechenden Telefonate sind nicht dokumentiert, zudem hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung auch nur bestätigt, sie sei im Vorfeld von der zuständigen Sachbearbeiterin (Frau Sch.) lediglich einmal angerufen und um Vorlage des genannten Amtsgerichtsbeschlusses und des sexualmedizinischen Gutachtens gebeten worden. Vor diesem Hintergrund kann das Gericht nicht feststellen, dass die Beklagte der Klägerin tatsächlich in der gehörigen Deutlichkeit einen für eine Fristüberschreitung hinreichenden Grund mitgeteilt hätte. Dies geht zu Lasten der Beklagten, da dieser Umstand einen Ausnahmetatbestand zu dem Eintritt der Genehmigungsfiktion darstellen würde und eine ordnungsgemäße Aktenführung bzw. Dokumentation des Verwaltungsverfahrens ohnehin in die Sphäre der Beklagten fällt.

(2.)

Nur hilfsweise merkt das Gericht an, dass es auch in Kenntnis der Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 27.1.2009 (L 11 KR 3126/08) an seiner dem Urteil vom 8.5.2008 (S 9 KR 2777/07) zugrunde liegenden Rechtsauffassung festhält. Denn aufgrund der unzureichenden Vergütung der Nadelepilation auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) findet sich kein Kassenarzt, der bereit und in der Lage wäre, die Entfernung der Barthaare der Klägerin in angemessener Zeit durchzuführen. Dies wird dadurch bestätigt, dass die Beklagte trotz der gerichtlichen Aufforderung (Verfügung vom 14.1.2015) nicht im Stande war, einen entsprechenden Arzt zu benennen (Schriftsatz vom 22.1.2015). In einer solchen Situation liegt ein „Systemversagen“ vor, das die Beklagte verpflichtet, die der Klägerin bei Selbstbeschaffung der Leistung entstehenden Kosten auszugleichen.

(III.)

Somit ist die Klage erfolgreich, was die auf § 193 SGG beruhende Kostenentscheidung berücksichtigt.

Danke, A.B.!

Dieses Dokument findet man auf www.aufwind2012.wordpress.com zum download

Tags: Nadelepilation, Transsexualität, transsexuell, transsexuelle Frau, Kosmetikstudio, Krankenkasse muss zahlen, Arztvorbehalt, Genehmigungsfiktion, Barthaare, Gesicht, Arzt, Hautarzt, einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)