S 7 KR 409/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 409/15
Datum
16.06.2016
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 11.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2015 sowie des Beschei-des vom 10.06.2016 verurteilt, der Klägerin die mit Schreiben vom 05.11.2014 beantragte Mammareduktionsplastik und Liposuktionsbehandlung als Sachleistung zu gewähren. II. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Streitig ist in einem Klageverfahren die Gewährung einer stationären Brustverkleine-rungsoperation und Liposuktion als Sachleistung durch die Beklagte.

Die 1970 geborene Klägerin beantragte mit Schreiben vom 05.11.2014 unter Vorlage einer medizinischen Bescheinigung der Chirurgischen Klinik B. vom 08.10.2014 und weiterer ärztlicher Atteste die Kostenübernahme für chirurgische Maßnahmen. Sie verwies einerseits auf einen Antrag von Anfang 2005 auf Kostenübernahme für eine Brustverkleinerungsoperation. Die damals vom MDK vorgeschlagenen Maßnahmen habe sie konsequent durchgeführt, die Beschwerden hätten sich jedoch verschlechtert. Sie habe zwar ihr Körpergewicht reduziert; das Gewicht der Brüste habe sich jedoch kaum verändert. Laut Einschätzung einer Fachärztin würde eine weitere Körpergewichtsabnahme nicht zu einer Verringerung der Brustgröße führen (derzeitiges Gewicht 1500 g rechts und 1.300 g links). Physiotherapeuten hätten ihr während der langjährigen Krankengymnastikbehandlungen immer wieder erklärt, die Muskulatur sei aufgrund der Haltungsschäden durch die nach vorne ziehende Brust chronisch verspannt. Wegen der Einschnürungen des Büstenhalters habe sie Rückenschmerzen, insbesondere im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, und beidseitig Schulterschmerzen. Außerdem komme es immer wieder zu schmerzhaften Hautreizungen im Bereich der Unterbrustfalte. Die Brust sei zudem nach ärztlichen Feststellungen diffus knotig, vor allem links, mit dichtem, inhomogenem Drüsengewebe. Bei einer Verkleinerung würde ein Teil dieses diffusen Drüsengewebes entfernt, was die Krebsvorsorge sicherer machen würde. Zum anderen wies die Klägerin auf ein seit Jahren bestehendes Lipödem hin. Bereits seit der Pubertät seien die Beine dicker als normal gewesen; dies habe sich nach Schwangerschaft und Geburt weiter verschlechtert. Über die Jahre seien die Schwellungen immer schmerzhafter geworden. Im Mai 2009 sei in der A. Fachklinik A-Stadt ein beidseitiges Lipödem im Stadium II diagnostiziert worden. Seither trage sie täglich Kompressionsstrümpfe, die halbjährlich verordnet würden. Dennoch habe sie immer wieder schmerzhafte Schwellungen. Lymphdrainagen hätten nur einen minimalen kurzzeitigen Effekt.

Diagnostiziert wurde ausweislich der medizinischen Bescheinigung von Herrn Dr. C., Chirurgische Klinik A-Stadt- B., vom 08.10.2014 eine ausgeprägte Mamma-Hyperplasie mit fortgeschrittener Brustptose Grad 3 rechts und Grad 2 links sowie eine deutliche Anis-mastie rechts größer als links sowie ein Lipödem Stadium III, 1. Grades im Bereich der Ober- und Unterschenkel. Es stelle sich die Indikation für eine angleichende Mammareduktionsplastik, wobei rechts weit über 500 g und links weit über 400 g Gewebe zu entfernen wären. Im Bereich der unteren Extremitäten lasse sich das Lipödem durch eine in Etappen durchgeführte Liposuktion in Tumeszenz-Anästhesie therapieren. Die Beklagte wurde daher seitens Herrn Dr. C. um Ausstellung einer Kosten-übernahmebescheinigung für beide Behandlungsmaßnahmen gebeten.

Die Beklagte beauftragte mit Schreiben vom 13.11.2014 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Maßnahmen. Der Gutachter erbat am 18.11.2014 eine Fotodokumentation, die laut Vortrag der Klägerin am 25.11.2014 an den Sachbearbeiter der Beklagten, Herrn D., übergeben und nach Auskunft der Service-Hotline am selben Tag an den MDK weiterge-leitet wurde.

Die Klägerin wies die Beklagte mit Schreiben vom 04.02.2015 auf die Überschreitung der gesetzlichen Frist zur Entscheidung durch die Krankenkasse hin und erläuterte, der Eingang ihres Antrags im Schreiben vom 05.11.2014 sei ihr durch die Service-Hotline mit Da-tum vom

12.11.2014 bestätigt worden. Nach telefonischer Rückfrage am 20.01.2015 sei ihr mitgeteilt worden, der MDK habe den Antrag noch nicht bearbeitet, sei aber um dringende Bearbeitung gebeten worden. Trotz Nachfrist bis 03.02.2015 sei keine Entscheidung durch die Krankenkasse erfolgt. Ihr Antrag gelte daher als genehmigt, da er nicht innerhalb von fünf Wochen ab Antragseingang verbeschieden worden sei und keine schriftliche Mitteilung mit hinreichendem Grund erfolgt sei, weshalb die Frist nicht eingehalten worden sei. Sie bitte daher um schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme für die medizinisch erforderliche Mammareduktionsplastik und Liposuktion. Den ihr angebotenen Termin beim MDK am 05.02.2015 werde sie unter Vorbehalt wahrnehmen.

Die begutachtende Ärztin des MDK kam im Gutachten vom 13.02.2015 nach ambulanter Untersuchung der Klägerin zum Ergebnis, es handele sich bei der Brustgröße um einen altersgemäßen physiologischen Befund im Bereich der oberen Norm mit Masiodynie und Mammazysten. Erforderlich sei hier nur eine engmaschige bildgebende Kontrolle, nicht jedoch eine Mammareduktionsplastik. Bei der beantragten Liposuktion sei weder im ambulanten noch im stationären Bereich eine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegeben, da diese Methode nicht die Anforderungen an Notwendigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Sinne des Gesetzes erfülle. Als konservative Maßnahmen kämen hier die komplexe bzw. kombinierte physikalische Entstauungstherapie mit Lymphdrainage, Kompression, Bewegungstherapie und Hautpflege in Betracht.

Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme darauf hin mit Bescheid vom 11.03.2015 ab. Zwar sei der Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Fünfwochenfrist verbeschieden worden. Die Genehmigungsfiktion erfasse jedoch nur erforderliche Leistungen. Bei der Liposuktion könne die Fiktion schon deshalb nicht eintreten, weil die Liposuktion als Behandlungsmethode nicht den Qualitätsanforderungen entspreche, die im Rahmen der GKV zu stellen seien. Die Mammareduktionsplastik stelle zwar bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen eine Behandlungsmethode dar, die zum Leistungsumfang der GKV gehören könne. Diese Voraussetzungen lägen jedoch nach den Feststellungen des MDK im Gut-achten vom 13.02.2015 nicht vor. Es könne daher keine Kostenübernahme zugesagt werden; diese gelte auch nicht als genehmigt.

Hiergegen erhob der Bevollmächtigte der Klägerin mit Schreiben vom 10.04.2015 Wider-spruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 28.04.2015 zurückgewiesen wurde. Darin wird ausgeführt, im Hinblick auf die orthopädischen Erkrankungen an Schultern, Nacken und Rücken fehle es an einem Nachweis der Wirksamkeit operativer Brustverkleinerungen für die Therapie orthopädischer Beschwerden. Bei der Liposuktion handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch keine positive Empfehlung abgegeben habe. Auch im stationären Bereich dürfe eine Kostenübernahme durch die GKV nach der ständigen oberge-richtlichen Rechtsprechung nicht erfolgen, da zur Qualität und Wirksamkeit dieser Be-handlungsmethode noch keine dem Wissenschaftlichkeitsgebot entsprechenden Aussagen vorlägen.

Die Genehmigungsfiktion erfasse nur Leistungen, die grundsätzlich innerhalb des Systems der GKV geschuldet seien und dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprächen. Da vorliegend eine materiell-rechtliche Leistungsberechtigung nicht gegeben sei, könne es nicht zu einer Genehmigungsfiktion kommen.

Mit der am 10.04.2015 beim Sozialgericht München erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Ziel weiter. Der Bevollmächtigte der Klägerin führt aus, über den Antrag vom 05.11.2014, eingegangen am 12.11.2014, sei erst mit Bescheid vom 11.03.2015 entschieden worden, also außerhalb der gesetzlichen Fünfwochenfrist. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung an die Klägerin, weshalb die Frist nicht eingehalten werden könne, sei nicht erfolgt. Arbeitsüberlastung der Krankenkassen und Verzögerungen im Hause des MDK seien keine hinreichenden Gründe. Mit Eintritt der Genehmigungsfiktion bestehe ein Anspruch auf die Sachleistung. Nach Ablauf der Fünfwochenfrist sei der Anspruch von der Krankenkasse ohne weitere Prüfung zu erfüllen. Die Genehmigungsfiktion ersetze den positiven Bewilligungsbescheid, eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit finde nach Eintritt der Fiktion nicht mehr statt. Die Krankenkasse sei nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion mit allen Einwendungen, insbesondere auch zur fehlenden medizinischen Notwendigkeit, ausgeschlossen. Die Rechtsprechung gehe inzwischen dahin, auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die – wenn ambulant erbracht – noch kein Votum des G-BA vorliege, dem Regelungsbereich der Genehmigungsfiktion zu unterwerfen. Eine Krankenhausbehandlung, die aufgrund einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden und nach DRG abgerechnet werden solle, sei offensichtlich eine Leistung "innerhalb des Systems der GKV". Die Genehmigungsfiktion bewirke eine Zäsur; ihr Eintritt habe zur Folge, dass die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit ein Ende finde und der Antragsteller einen Sachleistungsanspruch habe.

Die Beklagte bestritt zunächst den Eintritt der Genehmigungsfiktion, da diese sich nur auf Leistungen innerhalb des Systems der GKV beziehen könne. Die Genehmigungsfiktion solle nach dem Willen des Gesetzgebers nur die Beschaffung der zustehenden Leistung einfacher machen. Alles andere sei systemfremd. Ein Anspruch auf nicht notwendige Leistungen sollte nicht geschaffen werden.

Mit Schreiben vom 10.06.2016 wies die Beklagte darauf hin, sie habe mit Bescheid vom 10.06.2016 die Genehmigungsfiktion, die ihrer Auffassung nach mit Blick auf die zwischenzeitlich ergangene Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016 doch eingetreten sei, mit Wirkung für die Zukunft nach § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) aufgehoben. Im Rücknahmebescheid vom 10.06.2016 führt die Beklagte aus, die Klägerin habe keinen materiellen Anspruch auf die begehrte Mammareduktionsplastik und Liposuktionsbehandlung, da die Voraussetzungen hierfür nicht gegeben seien bzw. eine Liposuktion nicht zu Lasten der GKV erbracht werden könne. Bei der Ermessensausübung wurde dem fiskalischen Interesse der Solidargemeinschaft daran, dass ein gesetzmäßiger Zustand herrsche, ein höheres Gewicht eingeräumt, als dem Vertrauensschutz der Klägerin, die sich die Leistung noch nicht selbst beschafft habe. Die Klägerin habe am Bestand der Genehmigung keinen Vertrauensschutz mehr, da sie über die (beabsichtigte) Rücknahme informiert worden sei. Der Bescheid werde Gegenstand des Klageverfahrens.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2015 sowie des Bescheides vom 10.06.2016 zu verurteilen, der Klägerin die Mammareduktionsplastik und Liposuktionsbehand-lung gemäß dem Antrag der Klägerin vom 05.11.2014 als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte führte aus, bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung im Rahmen der Aufhebung sei auf den eigentlichen Inhalt der Genehmigung abzustellen, also auf die Frage, ob ein materieller Anspruch auf die beantragten Leistungen bestehe, nicht dagegen auf das Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V, da die Genehmigungsfiktion ja nur eintreten könne, wenn diese Voraussetzungen vorlägen.

Das Bundessozialgericht habe einen Fall zu entscheiden gehabt, in dem es um Kostener-stattung nach Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten gegangen sei. Nur in einer solchen Konstellation komme es auf die Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs nicht an, da die fiktive Genehmigung dann nicht mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen werden könne. Das Bundessozialgericht habe hingegen keine Aussage dazu getroffen, ob eine Rücknahme der Genehmigungsfiktion mit Wirkung für die Zukunft möglich sei.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage führt auch in der Sache zum Erfolg. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Gewährung der beantragten Mammareduktionsplastik und Liposuktion als Sachleistung durch die Beklagte, da die gesetzliche Genehmigungsfiktion eingetreten ist und diese von der Beklagten nicht wirksam aufgehoben wurde. Die ergangenen entgegenstehenden Bescheide waren daher aufzuheben.

1a) Statthafte Klageart hinsichtlich der Gewährung der chirurgischen Maßnahmen als Sachleistung ist eine echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Mit dieser Klageart kann die Verurteilung zu einer Leistung begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Ein solcher Fall ist bei Eintritt der gesetzlichen Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gegeben (vgl. SG Augsburg, Urteil vom 12.04.2016 – S 10 KR 50/15; SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 – S 6 KR 339/13; SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014 – S 7 KR 520/13). Die prozessuale Situation entspricht dem Fall, dass ein erteilter Bewilligungsbescheid von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen wird. Auch dann ist eine echte Leistungsklage zulässig, da ein Verwaltungsakt nicht mehr zu ergehen braucht (vgl. § 54 Abs. 5 SGG). Der Bevollmächtigte der Klägerin hat den zunächst erhobenen Feststellungsantrag auch zulässig nach § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG in einen Antrag auf Gewährung der Sachleistung und damit auf eine echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG umgestellt.

1b) Hinsichtlich des ergangenen Ablehnungsbescheides vom 11.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2015 ist darüber hinaus die Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG statthaft und auch erforderlich, da diese Bescheide einen der Ge-nehmigungsfiktion entgegenstehenden Rechtsschein setzen, s. dazu unten Ziffer 3.

1c) Mit der Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG war darüber hinaus auch der Bescheid der Beklagten vom 10.06.2016 anzufechten. Diese Klage war auch zulässig, da es eines Vorverfahrens hinsichtlich dieses Bescheides nicht bedurfte. Zwar ist der Bescheid nicht in unmittelbarer Anwendung des § 96 Abs. 1 SGG in das Klageverfahren einbezogen, da die Vorschrift nur dann direkt gilt, wenn nach Klageerhebung ein angefochtener Verwaltungsakt durch einen weiteren Verwaltungsakt geändert oder ersetzt wird, der nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergeht. § 96 SGG ist mit Wirkung zum 01.04.2008 durch das SGGArbGGÄndG vom 26.03.2008 (BGBl. I S. 444) dahingehend konkretisiert worden, dass irgendein rechtlicher oder tatsächlicher Zusammenhang zwischen dem neuen Verwaltungsakt und dem Streitgegenstand des Klageverfahrens nicht mehr aus-reicht. Die Neufassung sollte insbesondere einer Rechtsprechung entgegenwirken, die § 96 SGG zeitweise und in bestimmten Reichsgebieten gerade im Bereich von Dauerrechtsbeziehungen sehr weit analog angewandt hatte. Die Neufassung von § 96 Abs. 1 SGG zum 01.04.2008 beschränkt nunmehr § 96 auf eine Einbeziehung der nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangenen Bescheide zum selben Gegenstand (vgl. Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, Kommentar, 2. Aufl. 2014, § 96, Rdnr. 4, 5 und 6).

Der Rücknahmebescheid ersetzt hier zwar nicht den mit der Klage auch angefochtenen Ablehnungsbescheid vom 11.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2015, sondern hebt die Genehmigungsfiktion mit Wirkung für die Zukunft auf, so dass eine unmittelbare Anwendung von § 96 Abs. 1 SGG nicht in Betracht kommt.

Nach dem Sinn und Zweck des § 96 Abs. 1 SGG muss nach Auffassung des Gerichts je-doch der Rücknahmebescheid vom 10.06.2016 in der vorliegenden Fallgestaltung nach § 96 SGG in entsprechender Anwendung in das Klageverfahren einbezogen werden. Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Ermöglichung einer schnellen, erschöpfenden Entscheidung über das gesamte Streitverhältnis in einem Verfahren (Prozessökonomie) und zu ver¬hin¬dern, dass das Gericht gezwun¬gen wäre, über einen nicht mehr aktu¬el¬len Zustand zu ent¬schei¬den.

Zudem soll durch die Einbeziehung in das anhängige Klageverfahren auch die Gefahr divergierender Entscheidungen vermieden werden (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl. 2014, § 96, Rdnr. 1). Würde man den (noch anfechtbaren) Rücknahmebescheid der Beklagten vom 10.06.2016 bei der Entscheidung in diesem Klageverfahren unberücksichtigt lassen, könnte es zu einer Fallkonstellation kommen, in der der hier erhobenen Klage stattgegeben wird und die Beklagte zur Leistungsgewährung verurteilt wird, während in einem weiteren Prozess über die Rechtmäßigkeit der Aufhebung der Genehmigungsfiktion der Beklagten Recht gegeben wird. In diesem Fall stünden sich zwei sich widersprechende Entscheidungen gegenüber. Zwar ist § 96 SGG bei der hier erhobenen echten Leistungsklage grundsätzlich nicht anwendbar (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl. 2014, § 96, Rdnr. 2a). Denn Voraussetzung für § 96 SGG ist, dass ein Verwaltungsakt Gegen-stand des anhängigen gerichtlichen Verfahrens ist. Eine analoge Anwendung des § 96 SGG ist in der vorliegenden Fallgestaltung aber aus Sicht des Gerichts gerechtfertigt und geboten, da es beim Klagegegenstand der hier erhobenen Leistungsklage gerade um die Herleitung eines Anspruchs aus einer Genehmigungsfiktion und damit aus einem fingierten Verwaltungsakt geht. Streitgegenstand ist damit ein Recht aus einem fingierten Verwaltungsakt, der nach Klageerhebung durch die Beklagte mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben wurde. Genau eine solche Fallkonstellation will § 96 SGG aber seinem oben dargestellten Sinn und Zweck nach erfassen. Über die Rechtmäßigkeit des Aufhebungsbescheides vom 10.06.2016 konnte

daher durch Einbeziehung nach § 96 Abs. 1 SGG analog in diesem Klageverfahren entschieden werden, ohne dass zu diesem Bescheid noch ein Vorverfahren nach § 78 SGG durchzuführen war.

2. Der Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V hinsichtlich der beantragten Mammareduktionsplastik und Liposuktionsbehandlung wurde von der Beklagten zuletzt nicht mehr bestritten, sondern im Schriftsatz und Bescheid vom 10.06.2016 ausdrücklich anerkannt, so dass hierüber vom Gericht nicht mehr zu entscheiden war.

3. Gegenstand des Klageverfahrens war aber noch, ob die Beklagte diese eingetretene Genehmigungsfiktion mit Wirkung für die Zukunft durch Rücknahme der gesetzlichen Fiktion mit Bescheid vom 10.06.2016 wirksam wieder beseitigen konnte mit der Folge, dass der geltend gemachte Sachleistungsanspruch nicht mehr bestehen würde.

In der bislang ergangenen Rechtsprechung, bestätigt auch durch das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 08.03.2016 (B 1 KR 25/15 R), sowie der Kommentarliteratur wird zutreffend darauf hingewiesen, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V wie ein positiver Bewilligungsbescheid wirkt. Fingierte Verwaltungsakte haben dabei die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte. Durch die Genehmigungsfiktion wird die Leistungsberechtigung des Versicherten, auch im Sinne eines Naturalleistungsanspruchs, wirksam verfügt (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER; LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R). Als ein solcher fingierter Verwaltungsakt ist die Genehmigungsfiktion grundsätzlich auch der Auf-hebung, etwa durch eine Rücknahme nach § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zugänglich, damit unbillige Ergebnisse damit wieder beseitigt werden können (vgl. LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; LSG Bayern, Urteil vom 23.02.2016 – L 5 KR 351/14; Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, Kommentar, § 13 SGB V, Stand: Dezember 2015, Rdnr. 58 l, Ziffer 7).

Die nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V fingierte Genehmigung bleibt also wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist. Die fingierte Genehmigung schützt den Adressaten somit dadurch, dass sie ihre Wirksamkeit ausschließlich nach den allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwal-tungsakts verliert (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R).

Vorliegend hat die Beklagte ihren Rücknahmebescheid vom 10.06.2016 auf § 45 Abs. 1, 2 SGB X gestützt.

Nach § 45 Abs. 1 SGB X darf ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), soweit er rechtswidrig ist, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden. Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist, vgl. § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X.

Das Bundessozialgericht hat in diesem Zusammenhang in seinem Urteil vom 08.03.2016 darauf hingewiesen, dass sich die Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V beurteilt, "nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs" (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rdnr. 32). Diese Aussage hat das Bundessozialgericht nach Auffassung des Gerichts allgemein und nicht nur für den in dem dort zu entscheidenden Fall streitgegenständlichen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V getroffen. Nach hiesigem Dafürhalten kann es auch keinen Unterschied machen, ob die Rechtmäßigkeit der Fiktion, wie sie im Rahmen der Aufhebung nach § 45 SGB X beim Tatbestandsmerkmal "rechtswidriger Verwaltungsakt" zu prüfen ist, im Rahmen von § 13 Abs. 3a Satz 6 oder Satz 7 SGB V zu beurteilen ist. Denn die Frage, wie sich die Selbstbeschaffung der Leistung im Rahmen der Prüfung des § 45 SGB X auswirkt, spielt nach Meinung des Gerichts erst beim Tatbestandsmerkmal des § 45 Abs. 2 SGB X, der Vertrauensschutzprüfung, eine Rolle. Nicht ganz von der Hand zu weisen ist der Einwand der Beklagten, dass bei der Prüfung der Rechtswidrigkeit des Verwaltungsakts im Rahmen des § 45 SGB X deshalb auf den materiellen Inhalt des Sachleistungsanspruchs abgestellt werden müsse, da die Genehmigungsfiktion ja überhaupt erst eintreten könne, wenn die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V vorlägen. Wären ausschließlich letztere bei der Beurteilung der Frage heranzuziehen, ob die fiktive Genehmigung rechtswidrig im Sinne des § 45 SGB X sei, läge ein Zirkelschluss vor. Es sei daher keine Fallkonstellation denkbar, wonach eine nachträgliche Aufhebung der Genehmigungsfiktion in Betracht komme, da die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht vorgelegen hätten. Eine solche Fallgestaltung könnte jedoch beispielsweise darin liegen, dass auf Anfrage des Versicherten diesem seitens der Krankenkasse zunächst bestätigt wird, dass aufgrund des Ablaufs der Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V und der fehlenden schriftlichen Mitteilung eines hinreichenden Grundes die Genehmigungsfiktion eingetreten sei, dies sich jedoch bei nochmaliger Prüfung als unzutreffend herausstellt, da beispielsweise bei der Fristberechnung ein Fehler unterlaufen ist oder festgestellt wurde, dass der Antrag des Versicherten nicht hinreichend bestimmt war oder evtl. ein rechtsmissbräuchliches Verhalten des Versicherten vorlag.

Letztlich kann diese Frage aus Sicht des Gerichts jedoch offen gelassen werden, da in beiden Fällen eine Aufhebung nach § 45 SGB X rechtswidrig ist:

3a) Stellt man mit dem Bundessozialgericht bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit nicht auf die Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs ab, sondern auf die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V, war eine Aufhebung auch mit Wirkung für die Zukunft durch die Beklagte nach § 45 SGB X vorliegend nicht möglich, da die Genehmigungsfiktion keinen rechtswidrigen Verwaltungsakt im Sinne des § 45 Abs. 1 SGB X darstellte.

Zweifellos beinhaltet die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V einen begünstigenden Verwaltungsakt, da mit ihr ein Naturalleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse begründet wird, der es auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ermöglicht, ihren Anspruch zu realisieren (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R). Dieser Verwaltungsakt war jedoch nicht rechtswidrig, da die Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V erfüllt waren. Der hinreichend bestimmte An-trag der Klägerin mit Schreiben vom 05.11.2014 auf Gewährung einer Mammareduktionsplastik sowie einer Liposuktionsbehandlung entsprechend des Arztbriefes von Herrn Dr. C., Chirurgische Klinik A-Stadt- B., vom 08.10.2014 war am 12.11.2014 bei der Beklagten eingegangen, so dass die hier wegen der Einschaltung des MDK und der

Unterrichtung der Klägerin hierüber maßgebliche Fünfwochenfrist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V gemäß § 26 Abs. 1 SGB X iVm § 187 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) am 13.11.2014 begann und gemäß § 26 Abs. 1 SGB X iVm § 188 Abs. 1, 2 BGB am 17.12.2014 ablief. Einen hinreichenden Grund dafür, dass die Beklagte nicht binnen dieser Frist über den Antrag entschieden hat, gab es nicht, insbesondere sind auch Verzögerungen bei der Begutachtung durch den MDK kein hinreichen-der Grund im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V, da ein solcher Grund im Risikobereich der Krankenkasse liegt, wie dies beispielsweise auch bei Auswirkungen von Organisationsmängeln, allgemeiner Arbeitsüberlastung der Sachbearbeiter oder verzögert betriebenem Verwaltungsverfahren der Fall ist (vgl. Noftz in: Hauck/Noftz, § 13 SGB V, Kommentar, Stand: Dezember 2015, § 13, Rdnr. 58 k). Bei den geltend gemachten Leistungen handelt es sich auch um solche, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen.

Denn weder bei der Mammareduktionsplastik noch bei der Liposuktionsbehandlung han-delt es sich um Maßnahmen, die Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskataloges über-winden, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die beantragten Leistungen fallen ihrer Art nach grundsätzlich in den Leistungskatalog der GKV (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rdnr. 25, 26 und 27). Es handelt sich nicht um eine Fallgestaltung, wonach die Krankenkasse unter keinem Gesichtspunkt sachlich zuständig ist, eine sys-temfremde Leistung begehrt wird oder der gestellte Antrag willkürlich oder querulatorisch ist (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 23.02.2016 – L 5 KR 351/14, Rdnr. 39 ff.).

3b) Folgt man vorliegend der Auffassung der Beklagten, wonach bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung auf den Inhalt des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs, hier der beantragten Mammareduktionsplastik und Liposuktions-behandlung, abzustellen ist, ist nach Auffassung des Gerichts eine Aufhebung nach § 45 Abs. 1, Abs. 2 SGB X ebenfalls nicht rechtmäßig, da gerade wegen der in § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V angeordneten Genehmigungsfiktion auch eines Naturalleistungsanspruchs bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen die Vertrauensschutzabwägung im Rahmen des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X zugunsten des Versicherten ausfal-len muss.

3b) aa) Dabei kann dahin gestellt bleiben, ob die fingierte Bewilligung auch der Mamma-reduktionsplastik vorliegend überhaupt rechtswidrig wäre. Dies wäre nur dann der Fall, wenn zur Überzeugung des Gerichts feststehen würde, dass die Klägerin vorliegend noch nicht alle konservativen Maßnahmen zur Behebung ihrer Wirbelsäulen- und Schulter-schmerzen bzw. Hautreizungen ausgeschöpft hätte bzw. wenn bereits ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen gesundheitlichen Störungen und der Brustgröße nicht gegeben wäre. Mit Blick auf die bislang zur Liposuktion ergangene obergerichtliche Rechtsprechung dürfte dagegen bei dieser Behandlung von einer Rechtswidrigkeit des fingierten Bewilligungsbescheides auszugehen sein, da auch im stationären Bereich eine Leistungsverpflichtung der GKV derzeit nicht in Betracht kommt, da diese Behandlungsmethode nicht dem Qualitäts- und Wissenschaftlichkeitsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entspricht (vgl. insoweit die überzeugenden Ausführungen der obergerichtlichen Rechtsprechung, z. B. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2012 – L 4 KR 595/11 und Urteil vom 01.03.2013 – L 4 KR 3517/11;

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.01.2014 – L 16 KR 558/13; Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 16.01.2014 - L 1 KR 229/10; LSG Hessen, Urteil vom 29.01.2015 – L 8 KR 339/11; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 05.02.2015 – L 5 KR 228/13).

3b) bb) Nach § 45 Abs. 2 SGB X darf aber jedenfalls ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit 1. er den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat, 2. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahr-lässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder 3. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.

Vorliegend liegt zwar kein Fall des § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X vor, wonach sich der Be-günstigte unter den genannten Voraussetzungen nicht auf Vertrauen berufen kann. Auch hat die Klägerin noch keine Vermögensdisposition getroffen, da sie sich die Leistung noch nicht selbst beschafft hat und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V geltend macht, so dass auch eine der Regelvoraussetzungen für schutzwürdiges Vertrauen nach § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB X nicht erfüllt ist. Gleichwohl ist das Gericht der Meinung, dass vorliegend das Vertrauen der Klägerin in Abwägung mit dem öffentlichen Interesse auch in der vorliegenden Fallgestaltung bei noch fehlender Selbstbeschaffung der Leistung schutzwürdig ist.

Der Gesetzgeber hat vorliegend mit der Schaffung der Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V den Naturalleistungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V und den Kostenerstat-tungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gleichwertig nebeneinander gestellt. Zwar war im Gesetzgebungsverfahren zunächst lediglich ein Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen (vgl. Entwurf für ein Patientenrechtegesetz, BT-Drs. 312/12, S. 46; BT-Drs. 17/10488, S. 32). Nach der Beratung im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages im November 2012 wurde dann jedoch § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V in die Vorschrift aufgenommen, die eine Genehmigungsfiktion der Leistung neben dem in Satz 7 geregelten Kostenerstattungsanspruch vorsieht. Beide Sätze stehen ihrem klaren Wortlaut nach gleichrangig nebeneinander. Würde man § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V lediglich als unselbstständige Vorstufe des in § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V geregelten Kostenerstattungsanspruchs lesen, käme Satz 6 kein eigenständiger Regelungsgehalt zu. Außerdem würden bei einer solchen Auslegung mittellose Versicherte, die aus finanziellen Gründen nicht in der Lage sind, sich die Leistung nach Ablauf der Frist selbst zu beschaffen, entgegen dem Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V praktisch ausgeschlossen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER mit weiteren Nachweisen). Der Gesetzgeber wollte mit der Schaffung von § 13 Abs. 3a SGB V generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens ver-bessern. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V hat zudem Sanktionscharakter (vgl. BT-Drs. 17/104888 S. 32; BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rdnr. 25). Eben dieser Wille des Gesetzgebers, der dem Versicherten bei Erfüllen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V nicht nur einen Kostenerstattungsanspruch, sondern auch einen gleichberechtigt daneben stehenden Naturalleistungsanspruch zur Seite stellen wollte, muss aus Sicht des Gerichts im Rahmen der Vertrauensschutzabwägung des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X, die weder Ermessen noch Beurteilungsermächtigung darstellt, sondern als gesetzlich vorgegebene Gewichtung gerichtlich voll überprüfbar ist (vgl. von Wulffen, SGB X, Kommentar, 8. Aufl. 2014, § 45, Rdnr. 36), dazu führen, dem Interesse des Versicherten am Bestand der rechtmäßig zustande

gekommenen Geneh-migungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ein höheres Gewicht zukommen zu lassen als dem fiskalischen Interesse der Solidargemeinschaft.

Die Interessenabwägung des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X zielt auf die Feststellung, ob das Interesse der Allgemeinheit an der Herstellung eines gesetzmäßigen Zustands das Vertrauen des gutgläubigen Begünstigten an der Aufrechterhaltung des rechtswidrigen Zustands überwiegt (vgl. von Wulffen, SGB X, Kommentar, 8. Aufl. 2014, § 45, Rdnr. 36). Die Besonderheit gegenüber einer "regulären", von der Beklagten tatsächlich ausgespro-chenen Bewilligung der entsprechenden Leistungen liegt hier eben gerade darin, dass der Gesetzgeber nach Ablauf der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V Rechtsklarheit zugunsten des Versicherten schaffen wollte und zwar auch zugunsten desjenigen Versicherten, der sich die Leistung mangels finanzieller Mittel gerade nicht selbst beschaffen kann. Dieser gesetzgeberische Wille würde nach Auffassung des Gerichts unterlaufen und ad absurdum geführt, wenn die Krankenkasse nach Fristablauf und trotz Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V die fingierte Genehmigung allein mit der Begründung, die genehmigten Leistungen seien nicht medizinisch erforderlich bzw. erfüllten nicht die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, in allen Fällen, in denen die Leistung noch nicht vom Versicherten selbst beschafft wurde, mit Wirkung für die Zukunft wieder aufheben könnte. Die Beklagte beruft sich (fälschlicherweise im Rahmen der Ermessensausübung) auf das höherrangige Interesse der Solidargemeinschaft an der Wiederherstellung eines "gesetzmäßigen" Zustands, verkennt dabei aus Sicht des Gerichts aber, dass die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V zugunsten des Versicherten auch bei fehlender medizinischer Notwendigkeit der in Rede stehenden Leistungen einen gesetzmäßigen Zustand gerade fingiert.

Aus den dargestellten Gründen ist – gleich ob man bei der Rücknahme der Genehmi-gungsfiktion nach § 45 SGB X und der Prüfung von deren Rechtmäßigkeit auf die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V abstellt oder auf die Voraussetzungen der bean-tragten Naturalleistungen – die Rücknahme der Genehmigungsfiktion nach § 45 Abs. 1, 2 SGB X durch die Beklagte nicht rechtmäßig erfolgt, so dass der Rücknah-mebescheid vom 10.06.2016 aufzuheben und der Klage auf Gewährung der beantragten Mammareduktionsplastik und Liposuktion als Sachleistung stattzugeben war.

4. Der Ablehnungsbescheid vom 11.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.04.2015 durfte nach Eintritt der Genehmigungsfiktion am 18.12.2014 nicht mehr ergehen und war daher als der Fiktion entgegenstehender, formeller Verwaltungsakt auf-zuheben. Denn wenn eine Behörde einen Verwaltungsakt erlässt, zu dem sie nicht befugt ist, ist dieser aufzuheben. Der Klägerin muss gerichtlicher Rechtsschutz dahingehend zu-stehen, dass ein solcher formeller Verwaltungsakt beseitigt wird, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser Verwaltungsakt später in anderen Zusammenhängen unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl. 2014, Anhang zu § 54, Rdnr. 4; BSG, Urteil vom 03.04.2003 – B 13 RJ 39/02 R; SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 – S 6 KR 339/13).

5. Die Kostenentscheidung ergeht gemäß § 193 SGG und orientiert sich am Ausgang der Entscheidung in der Sache.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2016-08-05