

S 7 KR 429/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Gießen (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 7 KR 429/14
Datum
26.06.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 134/16
Datum
03.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1.) Die hinreichende Mitteilung über Gründe der Verzögerung i. S. d. [§ 13 Abs. 3](#) a S. 5 SGB V setzt zwingend eine ausdrückliche schriftliche Klarstellung voraus, welche gesetzliche Entscheidungsfrist einschlägig ist und warum diese ggf. nicht eingehalten werden kann.

2.) Versäumt es die Krankenkasse, das Verfahren von Beginn an so zu betreiben, dass ein Abschluss innerhalb der vorgesehenen Entscheidungsfrist (hier: 5-Wochen-Frist) erzielt werden kann, fehlt es grundsätzlich an einem hinreichenden Grund für eine Verzögerung.

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin unter Aufhebung des Bescheides vom 16.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.02.2015 eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation als Sachleistung gemäß [§ 13 Abs. 3](#) a S. 6 SGB V zu gewähren.

2. Die Beklagte hat der Klägerin ihre notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über das Bestehen einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Absatz 3](#) a Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Mit Schreiben vom 02.09.2014 – eingegangen am 04.09.2014 – beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine laparoskopischen Magen-Bypass-Operation zur Gewichtsreduktion bei krankhafter Adipositas Grad II (BMI 38,6), u.a. mit Diabetes mellitus Typ II und Hypertonie als Folgeerkrankungen. Dem Antrag war ein Gutachten des Krankenhauses Sachsenhausen vom 26.08.2014 beigefügt, wonach eine Magenbypass-Operation in Roux-Y Rekonstruktion indiziert sei.

Mit Schreiben vom 08.09.2014 forderte die Beklagte von der Klägerin weitere Unterlagen an (Beschreibung der Gewichtsentwicklung, Unterlagen über verhaltenstherapeutische und diätetische Maßnahmen, körperliche Befunde, mögliche Kontraindikationen, Sozialanamnese, Ernährungsprotokoll), die diese am 22.09.2014 übersandte.

Am 24.09.2014 forderte die Beklagte beim C. ein Gutachten an und teilte dies der Klägerin mit Schreiben vom gleichen Tage mit. Der C. forderte mit Schreiben vom 30.09.2014 von der Klägerin noch eine "persönliche Darstellung zum Antrag (Fragebogen ist beigefügt)" an unter Fristsetzung zum 09.10.2014.

Das daraufhin unter dem 15.10.2014 erstellte sozialmedizinische Gutachten des C. kommt zu dem Ergebnis, dass primär nochmals eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer auf Essstörungen spezialisierten Einrichtung erfolgen sollte, die einen multimodalen Behandlungsansatz (Ernährungsberatung, Bewegungstraining und Verhaltenstherapie) anbiete. Über konservative Behandlungsversuche zur Gewichtsreduktion lägen nur vage Angaben vor. Eine bariatrisch chirurgische Operation sei jedoch erst ultima ratio nach Ausschöpfung der vorgenannten Maßnahmen.

Mit Bescheid vom 16.10.2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die beantragte Operation unter Verweis auf die Stellungnahme des C. ab. Die konservativen Therapien, insbesondere die Durchführung einer multimodalen Behandlung für die Dauer von sechs Monaten seien nicht erschöpft.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 04.10.2014 – eingegangen am 10.11.2014 – Widerspruch und reichte unter dem 10.11.2014 eine weitere Bescheinigung ihrer behandelnden Ärzte Dres. med. D. nach.

Die Klägerin hat anwaltlich vertreten am 26.11.2014 Klage zu dem Sozialgericht Gießen erhoben. Sie ist der Ansicht, dass eine bariatrische Operation als Sachleistung gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gelte, da die Beklagte über ihren Antrag innerhalb der Fünf-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 1 SGB V nicht entschieden habe. Der am 02.09.2014 gestellte Antrag sei erst am 16.10.2014 beschieden worden. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung der Beklagten über die Unmöglichkeit einer fristgerechten Entscheidung unter Darlegung hinreichender Gründe – wie [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) dies vorschreibe – sei nicht erfolgt. Mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion sei das Antragsverfahren in der Hauptsache erledigt. Es bestehe ab diesem Zeitpunkt – neben der Möglichkeit der Forderung der Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung – ein originärer Sachleistungsanspruch, der im Wege der Feststellungsklage zu verfolgen sei. Die Beklagte sei nunmehr mit Einwendungen ausgeschlossen. Die im Zuge des Patientenrechtsgesetzes 2013 eingeführte Norm diene der Entscheidungsbeschleunigung und entfalte Sanktionscharakter. Die beantragte Leistung sei auch unproblematisch genehmigungsfähig, da es sich um eine Leistung innerhalb des Systems der GKV handele.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.02.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin im laufenden Klageverfahren zurück.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 16.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.02.2015 eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation als Sachleistung gemäß [§ 13 Abs. 3](#) a S. 6 SGB V zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass eine Genehmigungsfiktion nicht eingetreten sei. Zu dem am 04.09.2014 eingegangenen Antrag habe die Klägerin auf Anforderung der Beklagten vom 08.09.2014 erst am 22.09.2014 weiter erforderliche Unterlagen eingereicht. Der C. habe unter dem 30.09.2014 weitere Unterlagen anfordern müssen. Hierfür sei der Klägerin eine Frist bis 09.10.2014 – dem Datum des Ablaufs der 5-Wochen-Frist – eingeräumt worden. Erst am 10.10.2014 habe daher eine Begutachtung durch den C. erfolgen können. Die Umstände, die eine Entscheidung binnen 5 Wochen verhinderten, hätten damit klar zutage gelegen. Ein zügiges Verfahren sei hier durch die schleppende Mitwirkung der Klägerin vereitelt worden. Der Gesetzgeber habe nicht beabsichtigt, dies durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu honorieren. [§ 66 SGB I](#) erlaube sogar die Versagung der Genehmigung wegen mangelnder Mitwirkung. Im Übrigen könne eine Kostenerstattung nur nach Selbstbeschaffung der begehrten Leistung verlangt werden. Hieran fehle es jedoch. Außerdem schuldeten die Krankenkassen auch keine unnötigen bzw. unwirtschaftlichen Leistungen; im Fall der Klägerin lägen die Leistungsvoraussetzungen gerade nicht vor.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Der angegriffene Ablehnungsbescheid vom 16.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.02.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten im Sinne von [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Denn auf den Antrag der Klägerin vom 04.09.2014 bzgl. einer laparoskopischen Magen-Bypass-Operation ist die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V am 09.10.2014 eingetreten.

Gemäß [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des C., eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3](#) a Satz 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3](#) a Satz 7 SGB V).

Vorliegend hatte die beklagte Krankenkasse über den am 04.09.2014 bei ihr eingegangenen Antrag der Klägerin nach [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 1 2. Alt. SGB V binnen fünf Wochen, d.h. bis zum 09.10.2014, zu entscheiden, weil hier eine gutachterliche Stellungnahme des C. eingeholt wurde.

Mit Schreiben der Beklagten vom 08.09.2014 wurde die Klägerin auf ihren Antrag zunächst um Einreichung weiterer Unterlagen zwecks Weitergabe an den C. gebeten. Eine Frist wurde ihr hierfür nicht gesetzt. Das Schreiben schließt mit dem Hinweis, dass eine fristgerechte Entscheidung binnen drei Wochen wegen der noch fehlenden Unterlagen aus hinreichendem Grund nicht möglich sei. Die Klägerin hat hierauf die erbetenen Unterlagen mit Schreiben vom 21.09.2014 eingereicht. Mit Schreiben der Beklagten vom 24.09.2014 erhielt die Klägerin Nachricht über die Weiterleitung der Unterlagen an den C. zwecks Stellungnahme mit dem Hinweis, dass der C. sich melden werde, falls weitere Unterlagen benötigt würden. Mit Schreiben vom 30.09.2013 forderte der C. die Klägerin sodann zur Vorlage weiterer Unterlagen bis zum 09.10.2014 – dem Tag des Ablaufs der 5-Wochen-Frist – auf unter Hinweis darauf, dass der C. nach Ablauf des Zeitraumes die Unterlagen wieder an die Krankenkasse unerledigt zurückgebe. Dabei fehlte es an jeglicher Andeutung, dass zum 09.10.2014 die hier geltende 5 Wochen-Frist abläuft sowie einem Hinweis darauf, dass eine verspätete Entscheidung außerhalb der 5-Wochen-Frist erfolgt.

Allein die Fristsetzung zum 09.10.2014 stellt entgegen der Auffassung der Beklagten keine Mitteilung der Verzögerung der Entscheidung an die Klägerin im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 5 SGB V dar, geschweige denn, die Darlegung hinreichender Gründe.

Der Gesetzgeber fordert mit [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 5 i.V.m. Satz 1 SGB V eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung an die Versicherten, dass die hier geltende 5-Wochen-Frist nicht eingehalten werden kann unter Darlegung der Gründe für die Verzögerung ([§ 13 Abs. 3](#) a Satz 5 SGB V).

Der Normzweck besteht darin, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig sein wird (SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015, [S 6 KR 160/13](#), juris, Rn. 29).

Hier jedoch hat die Beklagte noch nicht einmal gegenüber der Klägerin kenntlich gemacht, dass sie binnen einer 5-Wochen-Frist zu entscheiden hat. In dem Schreiben der Beklagten vom 08.09.2014 wird stattdessen fehlerhaft auf den Lauf einer 3-Wochen-Frist hingewiesen, die nicht eingehalten werden könne. Es ist also – entgegen dem Gesetzeswortlaut – weder klargestellt, dass die gesetzliche vorgesehene 5-Wochen-Frist hier überhaupt einschlägig ist noch dass sie nicht eingehalten werden kann.

Ebenso fehlt es an einer ausdrücklichen und verständlichen Mitteilung eines Grundes für die fehlende Einhaltung der Frist. Der Gesetzgeber fordert an dieser Stelle gerade einen expliziten Hinweis, an dem es hier aber fehlt. Nicht genügen lassen will er, dass sich aus der Gesamtsituation ergibt, dass die 5-Wochen-Frist (die hier noch nicht einmal zutreffend benannt wird) nicht eingehalten werden kann.

Unabhängig davon kann hier von einem hinreichenden Grund schon deshalb nicht die Rede sein, weil die Beklagte es versäumt hat, das Verfahren von Beginn an so zu betreiben, dass ein Abschluss binnen fünf Wochen erzielt werden kann. Vielmehr hat sie bereits in ihrem Schreiben vom 08.09.2014 keine Frist zur Einreichung weiterer Unterlagen gesetzt, sondern von vornherein mitgeteilt, Fristen (hier: fälschlicherweise die 3-Wochen-Frist) könnten wegen fehlender Unterlagen nicht eingehalten werden. Dies widerspricht dem erkennbaren Gesetzeszweck einer Entscheidungsbeschleunigung diametral. Die Mitteilung darf nicht lediglich auf die generelle Angabe der Verzögerung beschränkt sein; die dafür ursächlichen hinreichenden Gründe müssen zeitlich quantifiziert sein bzw. es müssen den dafür Verantwortlichen, insbesondere den Versicherten, konkrete und befristete Auflagen gemacht und deren Einhaltung beobachtet werden (Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 03/14, § 13 SGB V, Rn. 58m). Hieran aber fehlt es im vorliegenden Fall gerade.

Die von der Klägerin am 04.09.2014 beantragte Sachleistung gilt damit wegen Nichteinhaltung der 5-Wochen-Frist ohne Mitteilung eines hinreichenden Grundes durch die Beklagte nach Maßgabe des [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V als genehmigt.

Eine Beschränkung auf einen Kostenerstattungsanspruch ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Nach dem klaren Wortlaut des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V gewähren die Sätze 6 und 7 mittels Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder Kostenerstattungsanspruch. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst nur einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie der Entwurf des Patientenrechtsgesetzes (PatRechtG) zeigt ([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 Einschränkungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Eine andere Auslegung schlosse mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) praktisch aus dem Schutzbereich des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V aus. Selbst wenn man annähme, [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V gewähre nur einen Kostenerstattungsanspruch, führte dies zu keinem anderen Ergebnis, da der Kostenerstattungsanspruch auch einen Anspruch auf Freistellung umfasst (SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015, [S 6 KR 160/13](#), juris, Rn. 34 m.w.N.).

Soweit nach der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin grundsätzlich eine chirurgische Therapie erst nach einer präoperativen konservativen Therapie durchgeführt werden soll, sind von diesem Grundsatz auch Ausnahmen zulässig. Prof. Dr. med. F. (Krankenhaus Sachsenhausen) hat in seiner Antragsbegründung vom 26.08.2014 im Falle der Klägerin eine Operation bei erheblichen Komorbiditäten und über Jahre gescheiterten Abnehmversuchen ausdrücklich als indiziert angesehen. Nach Überzeugung der Kammer stehen mithin dem Eintritt der Genehmigungsfiktion auch keine grundsätzlichen medizinischen Bedenken entgegen, die es ausnahmsweise zum Schutz des Versicherten erlauben können, die vom Gesetzgeber gewollte Genehmigungsfiktion außer Kraft zu setzen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und trägt dem vollständigen Obsiegen der Klägerin Rechnung.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-02-28