S 6 KR 339/13

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 6 KR 339/13
Datum
03.06.2014
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die auf einen Versorgungsanspruch gem. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V gerichtete Klage ist als echte Leistungsklage gem. § 54 Abs. 5 SGG zulässig.
I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 10. Juli 2013
verurteilt, den Kläger mit einem Genium-Kniegelenk zu versorgen.

II. Die Beklagte hat dem Kläger seine notwendigen außergerichtlichen
Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einem Genium-Kniegelenk streitig.

Der am 1979 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten.
Er ist oberschenkelamputiert und derzeit mit einem C-Leg-Beinprothesensystem und
einem C-Walk-Prothesenfuß versorgt.

Am 16.05.2013 beantragte er die Versorgung mit dem Beinprothesensystem Genium Bionic Prosthetic System 3B1 und einem Triton Prothesenfuß 1C60 unter Einreichung eines Kostenvoranschlags der Firma H. in Höhe von 47.652,45 EUR. Beigefügt war dem Antrag auch eine entsprechende ärztliche Verordnung vom 23.04.2013.

Mit Schreiben vom 27.05.2013 teilte die Beklagte dem Kläger hierauf mit, dass sie die eingereichten Unterlagen an den MDK weitergeleitet habe.

In seinem Gutachten vom 21.06.2013, eingegangen bei der Beklagten am 03.07.2013, kam dieser zu dem Ergebnis, dass die beantragte Versorgung nicht notwendig sei.
Mit Bescheid vom 10.07.2013 lehnte die Beklagte hierauf den Antrag ab.
Dagegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 16.07.2013, über den bislang nicht entschieden worden ist.

Am 31.07.2013 hat der Bevollmächtigte des Klägers Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben.
Zur Klagebegründung ist vorgetragen worden, dass der Kläger einen Versorgungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) habe.
Er habe bei der Beklagten mit Kostenvoranschlag vom 06.05.2013 des Sanitätshauses H. Technische Orthopädie GmbH die Kostenübernahme für eine Versorgung mit einem Knie-Genium-Gelenk beantragt. Eine Entscheidung oder Mitteilung eines hinreichenden Grundes, warum über den Leistungsantrag nicht entschieden werden könne, sei nicht erfolgt. Auch habe die Beklagte dem Kläger nicht unmittelbar mitgeteilt, dass die Einschaltung des MDK erfolgen solle. Der Gesetzgeber setze nunmehr mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetz gemäß § 13 Abs. 3a SGB V eine Frist von drei Wochen zur Genehmigung von Leistungsansprüchen. Werde dem Versicherten mitgeteilt, dass ein Gutachten eingeholt werden solle, verlängere sich die Frist auf fünf Wochen. Die Leistung gelte durch

Fristablauf als genehmigt. Ein Widerspruchsverfahren sei für den Fall der Fiktion nicht vorgesehen, da ein rechtsmittelfähiger Bescheid gerade nicht vorliege. Eine Feststellungsklage sei daher zulässig.

Dazu hat die Beklagte mit Schreiben vom 13.08.2013 erwidert, dass die Klage formalrechtlich unzulässig sei, da die Voraussetzungen der §§ 54 ff. Sozialgerichtsgesetz (SGG) und § 88 SGG nicht vorlägen. Das Schreiben des Bevollmächtigten vom 18.07.2013 sei im Zusammenhang mit dem § 13 Abs. 3a SGB V als Antrag zur Erbringung bzw. Übernahme der vollen Kosten des beantragten Genium-Prothesen-Kniegelenks zu verstehen. Über diesen Antrag sei aus Sicht der Beklagten im Verwaltungs- bzw. Widerspruchsverfahren noch keine Entscheidung getroffen worden. Die Frist zur Möglichkeit einer Untätigkeitsklage sei ebenfalls noch nicht verstrichen. Die Feststellungsklage sei daher als unzulässig abzuweisen.
Zudem bestehe kein Versorgungsanspruch. In Anlehnung an § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V sei die Krankenkasse zur Erstattung der selbstbeschafften Leistung nur dann verpflichtet, wenn es sich um eine erforderliche Leistung handle. Erforderlich im genannten Sinne sei nur etwas, das für einen bestimmten Zweck unbedingt notwendig bzw. unerlässlich sei. Dementsprechend könne aus der vom Gesetzgeber vorgenommenen Koppelung an die Voraussetzung, dass es sich bei der vom Versicherten selbstbeschaffen Leistung um eine erforderliche Leistung handeln müsse, geschlossen werden, dass die Maßstäbe des § 12 Abs. 1 SGB V Anwendung fänden. Kosten für unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen könnten demzufolge auch im Rahmen des § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V nicht durch die Krankenkasse erstattet werden. Denn diese schulde ihren Versicherten nur die zur Erkennung, Heilung, Eindämmung oder Linderung der Krankheit notwendigen und ausreichenden Leistungen, während auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche Maßnahmen weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen noch im Wege der Kostenerstattung ein Anspruch bestehe.
Mit Bescheid vom 10.07.2013 und nochmaligem Schreiben vom 29.07.2013 sei den Bevollmächtigten des Klägers mitgeteilt worden, dass mit dem vorhandenen C-Leg-Prothesenkniegelenk der Kläger ausreichend und zweckmäßig versorgt sei und deshalb eine Kostenübernahme des beantragten Genium-Prothesenkniegelenks nicht möglich sei. Das Verwaltungs- bzw. Widerspruchsverfahren sei noch nicht abgeschlossen, da eine Entscheidung des Widerspruchsausschusses noch nicht vorliege.

Mit Schreiben vom 21.10.2013 hat der Bevollmächtigte des Klägers die Feststellungsklage auf eine Leistungsklage umgestellt und vorgetragen, dass aufgrund der Genehmigungsfiktion es keinen Ablehnungsbescheid gebe, so dass die Klage auch ohne Widerspruchsbescheid statthaft sei.

In der mündlichen Verhandlung vom 03.06.2014 beantragt der Bevollmächtigte des
Klägers,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 10.07.2013 zu verurteilen,
den Kläger mit einem Genium-Kniegelenk zu versorgen.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Entgegen der Annahme der Beklagten ist hier gemäß § 54 Abs. 5 SGG die Klage als echte Leistungsklage zulässig.
Mit dieser Klageart kann nämlich die Verurteilung zu einer Leistung begehrt werden, auf die ein Rechtsanspruch besteht, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte.
Diese Prozesssituation ist vorliegend gegeben, da der Kläger seinen Versorgungsanspruch auf die seit dem 26.02.2013 bestehende Regelung des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V stützt. Diese hat den Wortlaut, dass, soweit keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes erfolgt, die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt. Dies kann nur so verstanden werden, dass mit Eintritt der Fiktion der Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung besteht, ohne dass hierüber noch ein Bescheid der Beklagten zu erteilen wäre. Die Fiktion ersetzt somit den Genehmigungsbescheid (so auch Urteil des SG Nürnberg vom 27.03.2014
- S 7 KR 520/13 und im Ergebnis ebenso Urteil des SG Dessau-Roßlau vom 18.12.2013
- S 21 KR 282/13).
Die prozessuale Situation entspricht daher dem Fall, dass der Kläger bereits einen Bewilligungsbescheid erhalten hat, dieser aber von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen

wird. Auch hier ist die echte Leistungsklage zulässig, da auch hier nicht nochmals ein Bescheid zu ergehen hat.
Die vom Bevollmächtigten zunächst erhobene Feststellungsklage ist demgegenüber subsidiär, so dass sie unzulässig ist. Insbesondere entfaltet die Feststellungsklage auch nicht dieselben Rechtsschutzwirkungen wie die echte Leistungsklage, da mit dieser kein vollstreckbarer Titel erwirkt werden kann. Gemäß § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG konnte die Klage hier auch zulässigerweise auf eine echte Leistungsklage umgestellt werden.
Verbunden werden konnte mit der allgemeinen Leistungsklage auch eine Anfechtungsklage, da dem Kläger gerichtlicher Rechtsschutz dafür zustehen muss, einen formellen Verwaltungsakt, also einen Verwaltungsakt, zu dem die Beklagte nicht befugt war, zu beseitigen, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser später in anderen Zusammenhängen unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird (BSG-Entscheidung 91, 68; sowie Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Anhang § 54 Rn. 4).

Die Klage ist auch begründet.
Der Rechtsanspruch des Klägers ergibt sich hier nämlich aus § 13 Abs. 3a S. 6 i.V.m. S. 1 und S. 5 SGB V.
So hat der Kläger bei der Beklagten einen Antrag im Sinne des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V gestellt, da er auf eine Leistung gerichtet war, die grundsätzlich in das Leistungsspektrum der Beklagten fallen kann gemäß § 33 Abs. 1 SGB V. Die Beklagte hat den Antrag auch nicht als

Rehabilitationsantrag im Sinne der §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) behandelt, so dass nicht auf die damit verbundenen Rechtsfolgen entsprechend § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V abzustellen war.
Die Beklagte hat sodann dem Kläger nicht mitgeteilt, dass sie die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten kann, wie dies § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V fordert. Dies ist unstreitig.
Damit tritt nach dem klaren Wortlaut des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V die Genehmigungsfiktion ein.
Mit dem eindeutigen Wortlaut dieser Vorschrift und dem Sinn und Zweck des Gesetzes ist es sodann nicht vereinbar, die Vorschrift dahingehend auszulegen, dass hier wie im Fall einer Selbstbeschaffung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V noch zu prüfen wäre, ob die Leistung erforderlich ist. Der Gesetzgeber hat hier genau zwischen einem Versorgungsanspruch - geregelt durch § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V - und einem Kostenerstattungsanspruch - geregelt in § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V - unterschieden. Dass er bei dem Versorgungsanspruch nach Satz 6 nicht von einer erforderlichen Leistung spricht, dient nämlich dem offensichtlichen Sinn und Zweck des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Damit wollte der Gesetzgeber nämlich offenbar innerhalb der genannten Fristen zu Gunsten der Versicherten zügige Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen. Mit diesem Ziel ist dagegen nicht vereinbar, dass dieselbe Rechtssituation eintritt bzw. eintreten kann, wie sie bestanden hat, als die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V noch nicht geschaffen war. Denn sollte auch im Rahmen des § 13 Abs. 3a Abs. 6 SGB V es wiederum notwendig sein, zu überprüfen, ob die beantragte Leistung erforderlich sei, wäre der Prüfungsumfang und die Zeitdauer des Verfahrens identisch mit den Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung. Die Neuregelung hätte somit in der Praxis keinerlei spürbare positive Effekte für den gewollten Schutz der Patientenrechte. Es ist jedoch nicht anzunehmen, dass der Gesetzgeber eine Regelung schaffen wollte, die an der bestehenden Rechtslage nichts ändert.
Entsprechend den juristischen Grundsätzen zur Auslegung eines Gesetzes mithilfe des Wortlauts und Sinn und Zweck kann daher die Norm nur so zu verstehen sein, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch von der Beklagten ohne weitere Prüfung zu erfüllen ist.

Damit war die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

Die Kostentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2014-06-30