

S 9 KR 903/14

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Düsseldorf (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Düsseldorf (NRW)

Aktenzeichen

S 9 KR 903/14

Datum

02.03.2015

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Unter Aufhebung des Bescheides vom 27.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015 wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin vier postbariatrische Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob die Beklagte verpflichtet ist, die Kosten für vier postbariatrische Wiederherstellungsoperationen mit Liposuktionen zu übernehmen.

Die Klägerin beantragte am 01.07.2014 die Übernahme der Kosten von Wiederherstellungsoperationen nach massiver Gewichtsreduktion in Form einer Bodyliftoperation nach Lockwood, Oberarmstraffung, Liposuktion der Ober- und Unterschenkel bei Lipödem und eine Oberschenkelstraffung. Innerhalb eines Jahres habe sie mit Hilfe einer konsequenten Umstellung ihrer Ernährungs- und Lebensgewohnheiten und des im Mai 2009 gewährten Magenbypasses mehr als 50 kg an Gewicht verloren. Sie halte das erreichte Gewicht bereits seit vier Jahren. Durch die jahrelange Adipositas per Magna und dem starken Gewichtsverlust lägen Hautüberschüsse vor allem im Bereich von Oberarmen, Unterbauch, Gesäß und Oberschenkeln vor, sowie Lipödeme an Gesäß, Ober- und Unterschenkel. Vor dem Treffen einer Entscheidung bat die Klägerin um Vorlage der Unterlagen beim MDK. Dem Antrag war eine ärztliche Bescheinigung des T. N-Krankenhauses in E vom 15.04.2014 sowie ein ärztliches Gutachten zur Vorlage bei der Krankenkasse – MDK der Hausarztpraxis H1 C K, H2 I, F M vom 16.05.2014 beigelegt.

Mit Schreiben vom 31.07.2014 teilte die Beklagte mit, dass die Klägerin am 02.07.2014 einen Antrag auf Bewilligung einer Bodyliftoperation gestellt habe. Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzung benötige sie eine gutachtliche Stellungnahme. Sie habe daher den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt. Sobald das Gutachten vorliege, werde unverzüglich über den Antrag entschieden. Am gleichen Tag erteilte die Beklagte dem MDK den entsprechenden Gutachtenauftrag.

Mit Schreiben vom 07.08.2014 wurde die Klägerin zu einem Untersuchungstermin am 11.08.2014 beim MDK eingeladen. Die Klägerin nahm diesen Termin wahr.

Der MDK teilte der Beklagten mit Schreiben vom 14.08.2014 per Vorabinformation mit, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Mit Schreiben vom 25.08.2014 übersandte der MDK der Beklagten das angeforderte Gutachten vom 22.08.2014.

Mit Bescheid vom 27.08.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme für eine Bodyliftoperation ab. Eine Genehmigung sei deshalb nicht möglich, da die Hauterschaffung durch langjähriges Übergewicht keine Erkrankung im Sinne des Gesetzes darstelle. Das Ausmaß der Faltenbildung habe keinen Krankheitswert und hindere nicht die Bewegungsabläufe. Zur Abklärung der Schmerzen empfehle der MDK die Führung von Schmerzprotokollen und anschließender Auswertung durch einen Arzt für Schmerztherapie. Für die Behandlung der Entzündungen/Ekzeme der Haut in den Faltenregionen sei bei Bedarf eine dermatologische fachärztliche Behandlung angezeigt. Eine Vorstellung bei Lymphologen zur Behandlung des Lipödems sollte erfolgen. Bei den geplanten Operationen handele es sich um plastisch-chirurgische Maßnahmen zur Änderung der Körperkontur, nicht um medizinisch notwendige Operationen zur Therapie von Erkrankungen. Diese falle nicht in den Leistungsbereich der Krankenversicherung, sondern in den eigenverantwortlichen Bereich.

Mit Schreiben vom 02.09.2014 legte die Klägerin gegen diesen Bescheid Widerspruch ein.

Die Klägerin hat am 15.10.2014 Klage erhoben. Zur Begründung hat die Klägerin ausgeführt, dass die Beklagte die 5-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3 a SGB V](#) nicht eingehalten habe, so dass die Genehmigungsfiktion eintrete. In diesem Rahmen sei eine medizinische Notwendigkeit der beantragten Leistungen nicht mehr zu prüfen.

Sie hat zunächst beantragt,

es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung von vier postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung vom 01. Juli gemäß [§ 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gelte.

Die Klägerin beantragt nunmehr,

es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung von vier postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung vom 01. Juli 2014 gemäß [§ 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V](#) als genehmigt gilt, dies unter Aufhebung des Bescheides vom 27. August 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, dass die Klage als Feststellungsklage unzulässig sei. Zudem sei sie unbegründet. Es liege kein Fristversäumnis vor. Die Klägerin habe bereits bei Antragstellung eine Vorlage bei dem MDK gefordert, so dass die 5-Wochen-Frist gelte. Die Ablehnung am 27.08. sei unverzüglich nach Eingang des Gutachtens erfolgt. Schließlich sehe [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nur einen Kostenerstattungsanspruch, nicht aber einen Sachleistungsanspruch vor. Zudem sei auch hier die medizinische Notwendigkeit zu prüfen.

Das Gericht hat am 10.01.2015 einen Verhandlungstermin durchgeführt. Die Beteiligten haben im Rahmen des Verhandlungstermins ihr Einverständnis erklärt, dass das Gericht den Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann. Zu den Einzelheiten wird auf den Ausführungen der Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Die Beklagte hat am 29.01.2015 einen Widerspruchsbescheid erlassen. Zu den Einzelheiten wird auf die Ausführungen des Widerspruchsbescheides Bezug genommen.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) den Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben.

Die Klage hat Erfolg.

Die Klage ist zulässig und begründet.

Das Sozialgericht Düsseldorf ist gemäß [§ 57a Abs. 1 SGG](#) örtlich zuständig, da die Klägerin bei Klageerhebung ihren Wohnsitz hatte. Die Verlagerung des Wohnsitzes nach G erfolgte erst im laufenden Klageverfahren und hat auf die örtliche Zuständigkeit keinen Einfluss.

Die zunächst erhobene Feststellungsklage ist nunmehr als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#) auszulegen, da die Beklagte am 29.01.2015 nunmehr einen Widerspruchsbescheid erlassen hat. Die Sachentscheidungsvoraussetzung der erhobenen Anfechtungsklage sind vorliegend erfüllt, da das notwendige Vorverfahren gemäß [§ 78 ff. SGG](#) durchgeführt ist. Insoweit kann dahinstehen, ob die zunächst erhobene Feststellungsklage zulässig war.

Die Klage ist auch begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 27.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, weil eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) vor Bekanntgabe des ablehnenden Bescheides vom 27.08.2014 eingetreten ist.

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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. 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. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Die Beklagte hat die Fristen nach [§ 13 Abs. 3 a SGB V](#) nicht eingehalten und der Klägerin die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Dies gilt selbst dann, wenn man zugunsten der Beklagten unterstellt, dass ab Antragseingang eine 5-Wochen-Frist gilt, da die Klägerin selbst die Einschaltung des MDK im Rahmen ihres Antrags angeregt hatte. Diese 5-Wochen-Frist wäre am

05.08.2014, bei einem unterstellten Antragseingang vom 01.07.2014, abgelaufen. Der Bescheid stammt jedoch vom 27.08.2014. Die Frist des [§ 13 Abs. 3](#) a Satz. 1 SGB V beginnt nach [§ 26 Abs. 1](#) und 3 Satz 1 i.V.m. [§§ 187, 188](#) und [193 BGB](#) am auf den Auftragseingang folgenden Tag – hier am 02.07.2013 – und endet mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht. Fällt dieser Tag auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit Ablauf des nächst folgenden Werktags. Hier endete die 3-Wochen-Frist mit Ablauf des 22.07.2014 (Dienstag) und die 5-Wochen-Frist mit Ablauf des 05.08.2014 (Dienstag). Die Beklagte teilte der Klägerin zwar mit Schreiben vom 31.07.2014, und damit innerhalb der 5-Wochen-Frist mit, dass sie den MDK einschalten werde. Daraus ist aber weder erkennbar, ob die Beklagte überhaupt von einer Entscheidungsfrist ausging und ob sie eine solche – gegebenenfalls, welche – einhalten oder aus welchen Gründen nicht einhalten kann. Der Begutachtungsauftrag erreichte den MDK am 31.07.2014, die Vorabinformation über das Ergebnis der Begutachtung am 14.08.2014 und das tatsächliche Gutachten stammt vom 22.08.2014 und lag damit bereits auch außerhalb der 5-Wochen-Frist. Die Beklagte hat der Klägerin vor Ablauf der 5-Wochen-Frist jedoch weder eine Entscheidung mitgeteilt noch dargelegt, dass und weshalb sie die Frist nicht einhalten konnte. Sie hat der Klägerin erst außerhalb der Frist mit Schreiben vom 27.08.2014 die Ablehnung mitgeteilt.

Zudem hat die Beklagte ihre Pflicht aus [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 2 SGB V verletzt. Hiernach hat die Krankenkasse, wenn sie eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Die Beauftragung des MDK erfolgte hier am 31.07.2014. Da der Antrag vom 01.07.2014 stammt, kann hier nicht von einer unverzüglichen Beauftragung des MDK ausgegangen werden. Denn Unverzüglichkeit setzt voraus, dass die Beklagte hier ohne schuldhaftes Zögern den MDK beauftragt. Weder ist seitens der Beklagten vorgetragen noch aus der Verwaltungsakte ersichtlich, dass hier Gründe vorgelegen haben, weshalb eine Beauftragung des MDK erst am 31.07.2014 erfolgte.

Nach [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V gilt die beantragte Leistung damit als genehmigt.

Die Rechtsauffassung der Beklagten, dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) den Anspruch auf eine Kostenerstattung beschränkt, wird von der Kammer in Anlehnung an die Entscheidung des LSG NW vom 23.05.2014, [L 5 KR 222/14 B ER](#) nicht geteilt. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder einen Kostenerstattungsanspruch für die erforderliche Leistung. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtsgesetz (PatRechtG) 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 im Sinne der Beklagten einschränkende Erläuterungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 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 (GG) praktisch aus dem Schutzbereich des [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V aus (so im Ergebnis auch SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - [S 21 KR 282/13](#) -, SG Nürnberg, Beschluss vom 25.3.2014 - [S 7 KR 100/14 ER](#) - und Urteil vom 27.3.2014 - [S 7 KR 520/13](#) - und wohl auch SG Dortmund, Beschluss vom 31.1.2014 - [S 28 KR 1/14 ER](#) - sowie Noftz in Hauck/Haines, SGB V, Erg.-Lfg. 1/14, § 13 S. 78g ff.; a.A. wohl Dalichau in Dalichau "SGB V", Stand 1.7.2013, S. 51). Selbst wenn man sich der Auffassung anschließen würde, [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V gewähre nur einen Kostenerstattungsanspruch, so gelangt man zu keinem anderen Ergebnis, da der Kostenerstattungsanspruch auch einen Anspruch auf Freistellung umfasst.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. [§ 12 SGB V](#) verlangt, dass die Behandlung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig ist. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Das Erfordernis einer Leistungsgenehmigung ist in dem auf Sach- und Naturalleistungsverschaffung ausgerichteten System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Ausnahmefälle beschränkt, in denen die Prüfung aller formellen und materiellen Anspruchsvoraussetzungen vorab erfolgt. Der Verfügungssatz eines genehmigenden begünstigenden Verwaltungsakts regelt, dass der Antragsteller die beantragte Leistung in Anspruch nehmen darf und sich die Kasse unter Ausschluss aller Einwendungen zur Leistung verpflichtet (BSG [SozR 4-2500 § 125 Nr.4](#), Rz. 23); die Regelung wird mit der Bekanntgabe des Verwaltungsakts gem. [§ 39 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegenüber dem Adressaten wirksam. Durch die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen (so auch Noftz in Hauck/Haines a.a.O., Seite 78h). Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (BVerwG, [NJW 2013, 99](#) Rz. 12) und sind dem Sozialrecht nicht fremd ([§ 32 Abs. 1b Satz 3](#) HS 2 SGB V, [§ 116 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#), [§ 88 Abs. 5 Satz 2 SGB IX](#), [§ 91 Abs. 3 Satz 2 SGB IX](#)). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung des Antragstellers wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen (wie hier der Frage, der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Behandlungen) ausgeschlossen. 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 (a.A. LSG NW, Beschluss vom 26.05.2014, [L 16 KR 154/14 B ER](#)).

Abschließend erlaubt sich das Gericht den Hinweis an die Beklagte, dass es irritiert darüber ist, dass sich die Beklagte im Rahmen ihres Widerspruchsbereiches nicht mit der Frage der Genehmigungsfiktion auseinandergesetzt hat, obwohl dies im Rahmen des Verhandlungstermins vom 19.01.2015 – und damit vor Erlass des Widerspruchsbereiches ausführlich mit den Beteiligten erörtert und die Rechtsauffassung des Gerichts im Protokoll festgehalten worden ist. Das Gericht erwartet, dass sich mit den vom Gericht geäußerten Rechtsauffassungen auch auf Seiten der Beklagten zumindest auseinandergesetzt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login
NRW
Saved
2015-03-17