

L 5 KR 103/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 12 KR 3/14
Datum
12.11.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 103/15
Datum
28.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine beantragte Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegt, ist grundsätzlich geeignet, im Rahmen von [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V eine Genehmigungsfiktion eintreten zu lassen.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 12.11.2014 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin auch der Berufung.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Klägerin einen Kostenerstattungsanspruch hat aufgrund Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V bezüglich einer Crosslinking-Behandlung, einer Kollagenvernetzung der Hornhaut des rechten Auges.

Die Klägerin, geboren 1999, ist bei der Beklagten familienversichert und leidet an beiden Augen an einer nicht entzündlichen Degeneration der Hornhaut (Keratokonius) mit Verschlechterung der Sehkraft. Die Mutter der Versicherten legte am 02.08.2013 der Beklagten eine Informationsschrift der Augenklinik des Universitätsklinikums M-Stadt (Direktion: Prof. Dr. K.) zur Kollagenvernetzung mit Riboflavin und UVA-Bestrahlung zur Behandlung des von Keratokonius vor vom 02.08.2013, in der die Vorgehensweise bei dem Crosslinking-Verfahren erläutert wird. Weiter wurde vorgelegt ein Merkblatt zur Vorbereitung von ambulanten Augenoperationen aus dem hervorgeht, dass der Eingriff geplant war für den 30.10.2013 sowie eine Leistungsaufstellung "Kollagenvernetzung Crosslinking" über einen Gesamtbetrag von 825,63 Euro und eine Erklärung, ebenfalls vom 02.08.2013, mit dem Text "Ich ... wünsche zur Korrektur des bei mir vorliegenden Keratokonius die Durchführung eines operativen Eingriffs am Auge ...". Es handelte sich hierbei um einen Patientenaufklärungsbogen. Die Beklagte hat die Unterlagen am 10.09.2013 dem MDK zur Prüfung vorgelegt. Dieser antwortete am 11.09.2013, dass die Dokumentation nicht ausreichend sei, um eine Stellungnahme abzugeben. Erforderlich sei eine ausführliche Verlaufsdokumentation, insbesondere ein aktueller Befundbericht mit Visusangaben, gegebenenfalls Refraktions- und Visusänderungen und auch Angaben über die bisherige Therapie. Mit Schreiben vom 16.09.2013 wandte sich die Beklagte an die behandelnde Ärztin Frau Dr. M. und bat um die erforderlichen Unterlagen. Mit Schreiben vom gleichen Tage wandte sich die Beklagte auch an die Mutter der Versicherten und teilte dieser mit, dass über den Antrag noch nicht entschieden sei und Angaben bei Frau Dr. M. angefordert worden seien. Ein gleichlautendes Schreiben wurde unter gleichem Datum auch an Herrn Prof. K. gerichtet. Am 19.09.2013, bei der Beklagten eingegangen am 24.09.2013 übersandte die Augenklinik des Klinikums der Universität M-Stadt den angeforderten Befundbericht. Die Beklagte legte daraufhin am 24.09.2013 die Unterlagen erneut dem MDK zur Begutachtung vor. Dieser gelangte zu dem Ergebnis, dass die geplante Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu tragen sei. Daraufhin lehnte die Beklagte die beantragte Leistung mit Bescheid vom 26.09.2013 ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch der Mutter der Klägerin wies sie zurück mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2013.

Die Klägerin hat Klage erhoben zum Sozialgericht Augsburg. Das Sozialgericht hat die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 760,04 Euro - der tatsächlich angefallene Betrag für die zwischenzeitlich durchgeführte Augenbehandlung - zu erstatten. Es hat seine Entscheidung auf eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a Satz 6 SGB V gestützt. Die Beklagte habe nicht rechtzeitig entschieden und die Klägerin auch nicht in hinreichender Form über die zu erwartende Verzögerung informiert.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Sie macht geltend, dass sie mit dem geführten Schriftverkehr ausreichend zum Ausdruck gebracht habe, dass die gesetzliche Frist nicht eingehalten werden könne. Des Weiteren handle es sich um eine Leistung, die nicht

Gegenstand des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 12.11.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die Akte der Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird hierauf Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung (§§ 143, 151 SGG) der Beklagten ist nicht erfolgreich. Zutreffend hat das Sozialgericht entschieden, dass aufgrund Überschreitens der Fünf-Wochen-Frist die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a S. 6 SGB V eingetreten ist.

Gemäß § 13 Abs. 3 a 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 MDK, 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 (§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a S. 3 SGB V). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt (§ 13 Abs. 3a S. 4 SGB V). Kann die Krankenkasse die Fristen nach S 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a S. 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. 3a S. 7 SGB V). Für Leistungen zur medizinischen Reha gelten die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V).

2. In Anwendung dieser Regelungen ist zunächst unter Auswertung der medizinischen Dokumentation festzustellen, dass die Klägerin an beiden Augen an einer nicht entzündlichen Degeneration der Hornhaut (Keratokon) mit Verschlechterung der Sehkraft leidet. Die Mutter legte für die Klägerin am 02.08.2013 der Beklagten eine Informationsschrift zur Kollagenvernetzung mit Riboflavin und UVA-Bestrahlung zur Behandlung des von Keratokon vor vom 02.08.2013, in der die Vorgehensweise bei dem Crosslinking-Verfahren erläutert wird. Weiter wurde vorgelegt ein Merkblatt zur Vorbereitung von ambulanten Augenoperationen aus dem hervorgeht, dass der Eingriff geplant war für den 30.10.2013. Außerdem legte die Klägerin eine Leistungsaufstellung für die Kollagenvernetzung Crosslinking mit einzelnen Rechnungspositionen vor über einen Gesamtbetrag von 825,63 Euro sowie eine Erklärung, ebenfalls vom 02.08.2013, mit dem Text "Ich ... wünsche zur Korrektur des bei mir vorliegenden Keratokon die Durchführung eines operativen Eingriffs am Auge ...". Es handelt sich hierbei um einen Patientenaufklärungsbogen. Damit lag der Beklagten am 02.08.2013 ein vollständiger, hinreichend bestimmter Leistungsantrag vor; dieses Antragsdatum hat die Beklagte zudem in ihrem Informationsschreiben vom 16.09.2013 zutreffend dokumentiert.

Fest steht zudem, dass die Beklagte die Unterlagen am 10.09.2013 dem MDK zur Prüfung vorgelegt hat. Dieser antwortete am 11.09.2013, dass weitere Ermittlungen erforderlich seien, da die Dokumentation nicht ausreichend sei, um eine Stellungnahme abzugeben. Mit Schreiben vom 16.09.2013 wandte sich die Beklagte daher an die behandelnde Ärztin Frau Dr. M. und bat um die erforderlichen Unterlagen. Mit Schreiben vom gleichen Tage wandte sich die Beklagte an die Mutter der Versicherten und teilte dieser mit, dass über den Antrag noch nicht entschieden sei und Angaben bei Frau Dr. M. angefordert worden seien. Selbiges Schreiben wurde unter gleichem Datum auch an Herrn Prof. Dr. K. gerichtet. Die Beklagte legte am 24.09.2013 die eingeholten Unterlagen erneut dem MDK zur Begutachtung vor. Dieser gelangte nunmehr zu dem Ergebnis, dass die streitgegenständliche Behandlung keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Daraufhin lehnte die Beklagte die beantragte Leistung mit Bescheid vom 26.09.2013 ab.

Damit steht fest, dass die Beklagte nicht innerhalb der 5-wöchigen Frist des § 13 Abs. 3 a SGB V, welche am 02.08.2013 begonnen hatte, entschieden hat. Fest steht auch, dass die Beklagte die Klägerin nicht darüber informiert hat, bis zu welchem Zeitpunkt die Entscheidung über den Antrag sich verzögern wird. Die Beklagte hat die Klägerin lediglich darüber informiert, dass über den Antrag noch nicht entschieden sei und noch Angaben bei Frau Dr. M. angefordert worden seien.

Das Schreiben der Beklagten vom 16.09.2013, mit dem sie der Klägerin mitgeteilt hat, dass weitere Unterlagen angefordert worden seien bei der behandelnden Augenärztin, war nicht geeignet, den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu verhindern. Der Schriftverkehr zwischen der Mutter der Klägerin und der Beklagten lässt in keiner Weise - entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Urteil vom 08.03.2016 (B 1 KR 25/15 R) - erkennen, bis wann die Verzögerung der Entscheidung dauern sollte bzw. wann mit der Verbescheidung gerechnet werden durfte und aufgrund welcher Hindernisgründe nicht fristgemäß entschieden wurde. Unter diesen Voraussetzungen ist nach § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V die Fiktion der Genehmigung eingetreten, so dass die Klägerin einen Anspruch auf Kostenerstattung hat für die streitgegenständliche, mittlerweile wie beantragt, durchgeführte augenärztliche Leistung in der dafür angefallenen, vom Sozialgericht zutreffend festgestellten zugesprochenen Höhe.

Der Antrag der Klägerin betraf eine Leistung, die sie subjektiv für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegt. Sie hat von ihrer behandelnden Ärztin eine entsprechende Verordnung erhalten. Außerdem hat sich die Beklagte selbst zur Abklärung durch den MDK veranlasst gesehen und hat nicht die streitgegenständliche Behandlung sofort ohne weiteres als außerhalb des Leistungsspektrums der GKV abgelehnt. Nicht maßgeblich ist, ob die Leistung auch im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB V erforderlich ist, denn dies stünde dem Sanktionscharakter von § 13 Abs. 3 a SGB V entgegen.

Die Berufung ist daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-03-08