S 3 KR 377/21

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3.
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 3 KR 377/21
Datum
31.05.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

T a t b e s t a n d :

Die Klägerin begehrt die Feststellung, dass ihr Antrag auf Genehmigung einer postbariatrischen Operation (Körperstraffung) bei der Beklagten aufgrund Nichteinhaltung der geltenden Fristen als genehmigt gilt.

Die Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 26.07.2021 (Eingang bei der Beklagten) beantragte sie bei dieser die Gewährung einer postbariatrischen Wiederherstellungsoperation an vier Körperteilen (vertikale Oberbauchstraffung, Bruststraffung, Oberschenkelstraffung bds. und Oberarmstraffung bds.) unter Vorlage von ärztlichen Befunden.

Mit Schreiben vom 27.07.2021 teilte die Beklagte der Klägerin schriftlich mit, dass der Medizinische Dienst (MDK) mit der Prüfung der Angelegenheit betraut werde. Nachdem die Stellungnahme des MDK nicht zeitgerecht einging, informierte die Beklagte die Klägerin mit weiterem Schreiben vom 25.08.2021 dahingehend, dass aufgrund des Fehlens der Stellungnahme nicht innerhalb der gesetzlichen Fünf-Wochen-Frist entschieden werden könne. Es werde davon ausgegangen, dass die Stellungnahme bis 08.09.2021 vorliege und bis spätestens 15.09.2021 eine weitere Information erfolgen könne. Das Schreiben ging der Klägerin am 27.08.2021 zu.

Nach Vorlage der Stellungnahme des MDK lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13.09.2021 die beantragte Leistung ab. Der Bescheid wurde der Klägerin vorab per email übermittelt und der Originalbescheid am selben Tag versandt.

Am 20.09.2021 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben. Sie begehrt die Feststellung, dass ihr Antrag auf Genehmigung der Operationen aufgrund des Überschreitens der Fünf-Wochen-Frist als genehmigt gilt. Schließlich habe die Beklagte nicht innerhalb der Frist entschieden. Unter Verweis auf verschiedene Entscheidungen sei ein berechtigtes Interesse an der Feststellung zu bejahen.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass ihr Antrag auf Gewährung von vier postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung (1. vertikale Oberbauchstraffung, 2. Bruststraffung, 3. Oberschenkelstraffung bds und 4. Oberarmstraffung bds) vom 26.07.2021 gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf den Ablauf ihrer Ermittlungen und dass der Klägerin vor Ablauf der Fristen Mitteilung gemäß dem Gesetz gemacht wurde. Die Beklagte legt dem Gericht weiter ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Bayern vom 20.04.2021 - L 5 KR 44/19 - vor, wonach bei einer noch ausstehenden Stellungnahme des MDK ein begründetes Recht der Beklagten bestehe, auch nach der Fünf-Wochen-Frist zu

entscheiden, wenn die weiteren gesetzlichen Vorgaben eingehalten würden. Die erhobene Klage sei daher abzuweisen.

Beide Beteiligten haben in der Folge ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung schriftlich erklärt.

Für den weiteren Sach- und Streitstand wird ergänzend auf die Gerichts- und die Verwaltungsakten verwiesen. Diese waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die beim zuständigen Gericht erhobene Feststellungsklage, die im Einverständnis aller Beteiligten ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden wird, ist zulässig.

Der Antrag ist nicht deshalb unzulässig, weil die Klägerin die Leistung noch nicht in Anspruch genommen hat und beim Sozialgericht Augsburg parallel die Klage auf Gewährung der Leistung ebenfalls anhängig ist (Az.: S 3 KR 58/22).

Aus Gründen der Prozessökonomie, des Feststellungsinteresses und des Vorrangs der Anfechtungsklage ist grundsätzlich bei einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage ein Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren durchzuführen (Senger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., § 55 SGG (Stand: 27.07.2021), Rn. 16). Dieses Verfahren hat die Klägerin vorliegend beachtet, indem das komplette Verwaltungsverfahren bis zum Widerspruchsbescheid (und sogar darüber hinaus) durchlaufen wurde.

Der Zulässigkeit steht vorliegend ausnahmsweise auch keine Subsidiarität der Feststellungsklage entgegen.

Der Subsidiaritätsgrundsatz besagt, dass der Kläger eine gerichtliche Feststellung nicht verlangen kann, soweit er die Möglichkeit hat, seine Rechte mit einer Gestaltungs- oder Leistungsklage zu verfolgen. Hingegen ist die Feststellungsklage dann nicht subsidiär, wenn sie einen weitergehenden Rechtsschutz als die Gestaltungs- und Leistungsklage ermöglicht und wenn ohne sie eine abschließende Streitbeilegung nicht möglich ist (Senger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., § 55 SGG (Stand: 27.07.2021), Rn. 27).

Die parallel anhängige Klage auf Verschaffung der begehrten Leistung ist nicht als vorrangig zu erachten.

Das BSG hat mittlerweile wiederholt entschieden, dass § 13 Abs. 3a SGB V aufgrund Genehmigungsfiktion keinen Sachleistungsanspruch begründet und darin keine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes aus Art 3 Abs. 1 GG liegt (vgl BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 9/18 R; BSG vom 18.6.2020 - B 3 KR 14/18; BSG vom 18.6.2020 - B 3 KR 6/19 R - und BSG vom 18.6.2020 - B 3 KR 13/19 R).

Die Klägerin hat ein berechtigtes Interesse, durch ein vorgelagertes Feststellungsverfahren entscheiden zu lassen, ob ein Anspruch unabhängig von den materiell-rechtlichen Anforderungen bereits besteht. Es kann ihr nicht zugemutet werden, die Leistung erst in Anspruch zu nehmen und dann in einem nachgelagerten Erstattungsverfahren das Risiko tragen zu müssen, ob die Genehmigungsfiktion tatsächlich eingetreten ist oder nicht. Die parallel geführte Klage auf Verschaffung der Leistung ist ausschließlich auf die materiell-rechtliche Anspruchsseite ausgerichtet, die Frage des Eintritts einer Genehmigungsfiktion ist dort nicht maßgeblich (so BSG). Insofern überschneiden sich die beiden Klagen inhaltlich nicht, sondern sie ergänzen sich. Es besteht damit keine Subsidiarität und das berechtigte Interesse an der Feststellung ist anzunehmen.

Die Feststellungsklage ist hiernach zulässig. Sie ist aber unbegründet.

Nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG kann mit der Feststellungsklage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden. Vorliegend betrifft das festzustellende Rechtsverhältnis die Frage, ob die Genehmigungsfiktion tatsächlich eingetreten ist.

Bezüglich der streitgegenständlichen Leistung ist keine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten.

Die Krankenkasse hat nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V 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, 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 (Satz 2). Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat - wie oben bereits kurz dargelegt - in mehreren Entscheidungen in 2020 nunmehr entschieden, dass eine fingierte Genehmigung nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen keinen eigenständigen Naturalleistungsanspruch mehr begründet. Die fiktive Genehmigung vermittelt dem Versicherten eine Rechtsposition sui generis. Die fiktive Genehmigung erlaubt es dem Versicherten die Leistung (gutgläubig) selbst zu beschaffen und in der Folge Kostenerstattung nach Satz 7 zu verlangen. Der Krankenkasse ist es dann lediglich verwehrt, die Erstattung mit der Begründung zu verwehren, es bestehe kein materiell-rechtlicher Anspruch.

Unstreitig war im vorliegenden Fall die Frist von fünf Wochen ab Antragseingang verstrichen. Der Antrag ist bei der Beklagten am 26.07.2021 eingegangen, sodass die maßgebliche Frist von fünf Wochen (da Stellungnahme des MDK eingeholt und auch gegenüber der Klägerin schriftlich angekündigt) in der Zeit vom 27.07.2021 bis 30.08.2021 lief. Die Entscheidung erging unstreitig erst am 13.09.2021 und wurde der Klägerin per email an diesem Tag mitgeteilt.

Vorliegend ist unter Anwendung der Rechtsprechung des LSG Bayern vom 20.04.2021 - der sich die erkennende Kammer anschließt - von einer zulässigen Fristverlängerung nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V auszugehen.

Die Mitteilung hat rechtzeitig und schriftlich zu erfolgen. Rechtzeitig kann nur eine vor Ablauf der Fristen gegebene Mitteilung sein. Das machen die an den Fristablauf geknüpften Rechtsfolgen der Sätze 6 und 7 deutlich. Die Beachtung der Schriftform ist Wirksamkeitserfordernis (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 19.04.2022), Rn. 112).

Die formellen Anforderungen an die Mitteilung hat die Beklagte vorliegend eingehalten. Die Mitteilung der Fristverlängerung erfolgte mit Datum vom 25.08.2021 (Zugang bei der Klägerin am 27.08.2021) und damit innerhalb der Fünf-Wochen-Frist.

In der Mitteilung muss die Krankenkasse die Gründe für das Unvermögen zur fristgerechten Entscheidung darlegen. Darlegung bedeutet, dass das Unvermögen bezogen auf den konkreten Leistungsgegenstand nachvollziehbar zu begründen ist (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 19.04.2022), Rn. 113).

Die Beklagte legte die fehlende fristgerechte Entscheidung dahingehend dar, dass die angeforderte Stellungnahm des MDK noch ausstehe und gab damit eine für die Klägerin verständliche Begründung an.

Die Frage, ob das Nichtvorliegen einer angeforderten Stellungnahme des MDK einen hinreichenden Grund für eine Fristverlängerung darstellt, ist in der Literatur umstritten.

Der Begriff des hinreichenden Grundes ist unbestimmt. Er weist terminologisch und nach seiner Regelungsfunktion eine Nähe zu dem in § 88 Abs. 1 SGG und § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX verwendeten Begriff des zureichenden Grundes auf. Seine sprachliche Weite ermöglicht und gebietet die umfassende Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles. Eine am Normzweck und an der Binnensystematik des Absatzes 3a orientierte Auslegung legt es nahe, typisierend in erster Linie solche Gründe anzuerkennen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs der Krankenkassen liegen. Dazu zählen beispielsweise ein besonderer Aufwand oder ungewöhnliche Schwierigkeiten bei der Ermittlung im Einzelfall. Zu berücksichtigen ist ferner das Verhalten des Antragstellers. Das Unvermögen zur rechtzeitigen Entscheidung kann hinreichend darin begründet sein, dass er seinen Mitwirkungsobliegenheiten nicht nachkommt oder die Krankenkasse in missbräuchlicher Weise mit einer Vielzahl von Leistungsanträgen überzieht. Organisatorische Belastungen der Krankenkasse sind im Grundsatz nur dann berücksichtigungsfähig, wenn sie vorübergehender Art und durch externe Faktoren hervorgerufen worden sind. Das ist der Fall, wenn im Zuge von gesetzgeberischen Maßnahmen außergewöhnlich viele Anträge zu bearbeiten sind (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 19.04.2022), Rn. 114).

Unter Zugrundelegung dieser Ausführungen könnte man zwar annehmen, dass eine verzögerte Stellungnahme des MDK dem Verantwortungsbereich der Beklagten zuzurechnen ist. Insbesondere hat der Versicherte in diesem Fall keinerlei Verantwortung zu tragen, da es sich ausschließlich um Internas auf Seiten der Krankenkasse handelt.

Andererseits muss argumentiert werden - und so auch die nachvollziehbare Haltung des LSG Bayern (Urteil vom 20.04.2021) - dass der Beklagten nicht auferlegt werden kann, in Ansehung einer zeitnah eingehenden Stellungnahme des MDK zunächst eine ablehnende Entscheidung treffen zu müssen, die dann ggf. in kurzer Zeit revidiert werden müsste, allein um die gesetzlich vorgegebenen Fristen einzuhalten. Das LSG stützt sich dabei auf die Formulierung innerhalb der BT-Drs. 17/10488 S. 32 und 17/11710 S. 30, worin ausgeführt ist:

"Die Krankenkasse muss die Fünf-Wochen-Frist auch dann einhalten, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nicht in der für ihn maßgeblichen Drei-Wochen-Frist Stellung nimmt."

Hieraus wird gefolgert, dass gleichwohl eine Fristverlängerung möglich sein soll, wenn der MDK nicht rechtzeitig sein Gutachten vorlegt. Es sei nicht die Intention des Gesetzgebers gewesen, dass die Kasse ohne die notwendigen Ermittlungen einen ablehnenden Bescheid erlassen müsse. Es bestehe ein Aufeinandertreffen von Beschleunigungsgrundsatz und Amtsermittlungsgrundsatz, der so zu lösen sei, dass die Krankenkasse keinen ablehnenden Bescheid erlassen dürfe, wenn die Ermittlungen noch nicht abgeschlossen sind. Sofern der Versicherte auf das Problem rechtzeitig hingewiesen werde und der taggenaue Zeitpunkt einer Entscheidung mitgeteilt werde, seien die gesetzlichen Vorgaben vielmehr erfüllt.

Vorliegend hat die Beklagte diese Vorgaben erfüllt, indem auf eine taggenaue Entscheidung bis spätestens 15.09.2021 hingewiesen wurde, der Bescheid dann tatsächlich am 13.09.2021 erlassen und der Klägerin noch am selben Tag per email mitgeteilt wurde.

Die Beklagte hat damit alle gesetzlichen Anforderungen an das Vorgehen innerhalb der Fristen eingehalten.

Vor diesem Hintergrund war die Feststellungsklage abzuweisen.

Die Kostenfolge basiert auf § 193 SGG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-06-10