S 18 KR 753/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 18 KR 753/14
Datum
22.02.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 146/17
Datum
29.08.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Der Bescheid der Beklagten vom 28.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2015 wird aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine Magenbypass-Operation als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte der Klägerin eine Magenbypass-Operation zur Verfügung stellen muss.

Die 1965 geborene, bei der Beklagten versicherte Klägerin beantragte am 06.06.2014 bei der Beklagten die Kostenzusage für eine Magenbypass-Operation. Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit einer Begutachtung. Dieser forderte von der Klägerin mit Schreiben vom 20.06.2014 unter Fristsetzung bis zum 03.07.2014 weitere Unterlagen an.

Am 01.07.2014 gab der MDK den Auftrag die Beklagte zurück, da nicht alle Unterlagen vorlagen. Die Klägerin habe angegeben, erst am 09.07.2014 einen Termin erhalten habe, um die angeforderte psychiatrische/psychotherapeutische Stellungnahme zu erhalten.

Mit Schreiben vom 07.07.2014 informierte die Beklagte die Klägerin, dass der MDK die Unterlagen vorerst wieder an sie zurückgegeben habe. Die fehlende psychotherapeutische Stellungnahme solle der Beklagten vorgelegt werden.

Am 19.08.2014 ging das psychosomatische Gutachten des Dr. C. bei der Beklagten ein.

Der MDK kam in seinem Gutachten vom 22.08.2014 zu dem Ergebnis, dass bisher keine konservative Therapie der Adipositas im Sinne einer mindestens sechsmonatigen multimodalen Basis-Therapie erfolgt sei. Die Voraussetzungen für die adipositaschirurgische Maßnahme seien deshalb nicht erfüllt.

Mit Bescheid vom 28.08.2014 lehnte die Beklagte den Antrag ab.

Dagegen legte die Klägerin am 03.09.2014 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, dass ihr morbides Gewicht durch die Bewegungseinschränkung entstanden sei. Mit der Coxarthrose sei ihre Beweglichkeit nun sehr eingeschränkt. Die orthopädische Klinik in Lorsch empfehle keine Hüft-TEP sondern gegebenenfalls eine Magen-OP.

Der MDK hielt in seinem Gutachten vom 24.10.2014 an seiner Einschätzung fest. Es sei medizinisch nicht haltbar, dass die Adipositas bei vernünftiger Ernährung ausschließlich durch einen Bewegungsmangel entstanden sei. Es bestehe keine Kontraindikation zur Durchführung einer mindestens sechsmonatigen multimodalen Therapie.

Am 08.12.2014 hat die Klägerin Klage erhoben. Zur Begründung trägt der Prozessbevollmächtigte der Klägerin vor, dass eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V eingetreten sei und die Klägerin daraus einen Anspruch auf die beantragte Operation habe.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt ursprünglich schriftlich,
es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung einer bariatrischen Operation als Sachleistung vom 6. Juni 2014 gemäß § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gilt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat am 23.04.2015 die Klage in eine Leistungsklage umgestellt und schriftlich beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V – eine bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren, dies unter Aufhebung des Ablehnungsbescheides in Gestalt des Widerspruchsbescheides.

Die Beklagte beantragt schriftlich,
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung trägt die Beklagte im Schriftsatz vom 14.07.2015 vor, dass sich die Klägerin die Leistung bislang weder selbst beschafft habe noch diese medizinisch notwendig sei. Es bestehe daher weder ein Leistungs- noch ein Kostenerstattungsanspruch.

Das Gericht hat im März 2016 Befundberichte eingeholt. Frau D., teilt mit, dass sie bei der Klägerin den Verdacht auf eine paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt habe mit relativ benignem Verlauf. Differentialdiagnostisch komme eine isolierte anhaltende wahnhafte Störung in Betracht.

Im Rahmen der Anhörung zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid weist die Beklagte darauf hin, dass nicht geklärt sei, ob § 13 Abs. 3a SGB V auf Sachleistungsansprüche anwendbar sei. Hierzu sei noch ein Verfahren beim Bundessozialgericht anhängig. In der Entscheidung vom 08.03.2016 habe das Bundessozialgericht nicht abschließend darüber zu befinden gehabt, ob § 13 Abs. 3a SGB V einen Sachleistungsanspruch zu begründen vermag.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

II.

Das Gericht konnte nach § 105 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Der Sachverhalt ist geklärt und weist keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf. Die Beteiligten sind zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört worden.

Die noch anhängige Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig und begründet. Die Klägerin ist durch den Bescheid vom 28.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.04.2015 beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 SGG. Dieser Bescheid ist rechtswidrig. Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, der Klägerin eine Magenbypass-Operation zur Verfügung zu stellen. Die Klägerin hat aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V einen Anspruch auf diese Leistung.

Nach § 13 Abs. 3a 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 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 Satz 2 SGB V). 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. (§ 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V) Nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist die Krankenkasse zu Erstattung der entstandenen Kosten verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen.

Die von der Klägerin beantragte Magenbypass-Operation galt wegen Fristablaufs als genehmigt. Die Klägerin hat am 06.06.2014 bei der Beklagten eine Magenbypass-Operation beantragt. Erst am 28.08.2014 hat die Beklagte über den Antrag entschieden. Die Beklagte hat die Klägerin zu keinem Zeitpunkt darauf hingewiesen, dass sich die Entscheidungsfrist von drei Wochen auf fünf Wochen bzw. noch darüber hinaus verlängert. Unabhängig davon, ob ein zureichender Grund dafür bestand, auch nicht innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden, fehlt es an der taggenauen Bestimmung der Entscheidungsfrist gegenüber der Klägerin. "Will eine Krankenkasse den Eintritt der Genehmigungsfiktion eines Antrags auf Krankenbehandlung hinausschieben, muss sie den Antragsteller von einem hierfür hinreichenden Grund und einer taggenau bestimmten Fristverlängerung jeweils vor Fristablauf in Kenntnis setzen" (BSG, Urteil vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R, 2. Leitsatz, juris).

Die Klägerin hat bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag gestellt. Bei der Magenbypass-Operation handelt es sich um eine erforderliche Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V. Es ist nicht notwendig, dass die Operation objektiv erforderlich ist. "Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen." (BSG, Urteil vom 08.03.2016, b 1 KR 25/15 R, Rdnr. 26) Magenbypass-Operationen gehören als ultima-ratio-Therapie zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Anhaltspunkte für ein rechtsmissbräuchliches Verhalten der Klägerin sind nicht erkennbar. Aufgrund der ärztlichen Stellungnahmen durfte die Klägerin die beantragte Operation für geeignet und erforderlich halten.

Unabhängig davon, dass die Genehmigungsfiktion eingetreten ist, verbleibt es Sache des operierenden Arztes zu prüfen, ob die Magenbypass-Operation bei der Klägerin durchführbar ist oder ob aufgrund der psychischen Erkrankung eine Kontraindikation besteht.

Das Gericht sieht keine Notwendigkeit, weitere Entscheidungen des Bundessozialgerichts abzuwarten. Das Bundessozialgericht hat seiner Entscheidung vom 08.03.2016 ein eindeutiges Regelungskonzept zugrunde gelegt. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V begründet "zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl § 13 Abs 3a S 7 SGB V). Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren." (BSG, Urteil vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R, juris, Rdnr. 25)

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2019-11-11