S 14 KR 3166/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Heilbronn (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 3166/18
Datum
22.11.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 23.05.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2018 verurteilt, der Klägerin stationäre Straffungsoperationen der Brüste, der Oberschenkel und der Oberarme als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Gewährung von stationären Straffungsoperationen für ihre beiden Brüste, die Oberarme und die Oberschenkel. Die am XXX geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Nach einer Magen-Bypass-Operation reduzierte sie ihr Körpergewicht um über 40 kg. Am 16.04.2018 beantragte sie bei der Beklagten die Gewährung von Hautstraffungsoperationen am Abdomen, den Brüsten, beider Oberarme und beider Oberschenkel. Hierzu übersandte sie einen Bericht des Krankenhauses XXX vom 05.03.2018, wonach nach Auffassung der dortigen Ärzte eine Indikation zu Gewebereduktion bestehe. Es bestehe eine Indikation zur Bauchdeckenstraffung sowie der Straffung beider Brüste, gegebenenfalls auch mit Oberarmstraffung beidseits. Des Weiteren sei eine Straffung beider Oberschenkel zu Massenreduktion indiziert. Mit Schreiben vom 02.05.2018 teilte die Beklagte ihr mit, sie habe dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Unterlagen vorgelegt. Sie sei verpflichtet innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Sie bemühe sich, den Leistungsantrag schnellstmöglich und im Rahmen der vorgenannten Frist bis voraussichtlich zum 21.05.2018 zu entscheiden. Sodann teilte der MDK mit, dass eine körperliche Untersuchung der Klägerin erforderlich sei. Mit Schreiben vom 11.05.2018 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine persönliche Untersuchung erforderlich sei und die Klägerin sich hierzu am 16.05.2018 beim MDK einfinden solle. Im Weiteren sei die Einhaltung der Frist bis zum 21.05.2018 nicht möglich, da eine persönliche Begutachtung notwendig sei. Eine Entscheidung werde voraussichtlich nicht bis zum 21.05.2018 erfolgen. Sie gehe davon aus, eine Entscheidung bis zum 04.06.2018 treffen zu können. Dieses Schreiben unterzeichnete sie wie folgt: "Mit freundlichen Grüßen Ihre XXX". In seinem unter dem 17.05.2018 erstellten Gutachten stellte der MDK fest, dass eine Straffungsoperation für die Bauchdecke erforderlich sei. Die weiteren Hautstraffungsoperationen seien nicht erforderlich; es bestünden keine Hautreizungen und die Erschlaffung der Brust sei mit einem gut sitzenden BH zu kaschieren. Dieses Gutachten übersandte er der Beklagten noch am selben Tag. Hierauf gestützt teilte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 23.05.2018 mit, sie übernehme die Kosten für ihre Bauchdeckenstraffung. Im Übrigen lehnte sie ihren Antrag ab. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und trug im Wesentlichen vor, im Gutachten werde bereits das Bestehen einer mäßigen Makromastie eingeräumt. Auch sei darin von einer Veränderung der Körperform die Rede, welche eine wesentliche Gesundheitsstörung bedeute. Die festgestellte Veränderung der Körperform sei als Ganzes zu sehen. Die Veränderung ihrer Körperform belaste sie auch psychisch. Hierzu übersandte sie eine Stellungnahme des Nervenarztes Dr. XXX, wonach dieser eine Übernahme der Kosten für die Operation befürwortet. Daraufhin bat die Beklagte erneut beim MDK um eine Stellungnahme. Dieser teilte in seinem Gutachten vom 04.07.2018 mit, bei dem vorliegenden Hautmantelüberschuss an Oberarmen und Oberschenkel sowie den Hängebrüsten handele es sich nicht um eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Es liege weder eine Beeinträchtigung der Körperfunktion noch eine Entstellung vor. Die durch die Hautüberlagerung entstehenden Reizungen könnten durch Hygienemaßnahmen und Salbenbehandlung ausreichend gut behandelt werden. Die Hängebrust sei prinzipiell ein physiologischer Vorgang. Eine Gigantomastie liege nicht vor. Bezüglich der psychischen Erkrankungen stehe der Klägerin psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung. Eine Übernahme der Kosten für die weiteren Straffungsoperationen könne nicht empfohlen werden, da es sich um kosmetische Eingriffe handele und keine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne vorliege. Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2018 als unbegründet zurück. Hiergegen hat die Klägerin am 17.10.2018 Klage zum Sozialgericht Heilbronn erhoben. Zur Begründung trägt sie vor, die Genehmigungsfiktion sei eingetreten. Zwar habe die Beklagte mitgeteilt, dass die Frist voraussichtlich aufgrund der persönlichen Untersuchung beim MDK nicht eingehalten werden könne, jedoch sei dieses Schreiben nicht unterzeichnet worden, sodass es an der Schriftform fehle. Darüber hinaus habe der MDK sein Gutachten bereits am 17.05.2018 erstellt, sodass der Beklagten noch 4 Tage Zeit verblieben seien, einen entsprechenden Bescheid zu erlassen. Ferner seien die beantragten Maßnahmen medizinisch begründet. Die

Klägerin beantragt, die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 23.05.2018 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.10.2018 zu verurteilen, ihr stationäre Straffungsoperationen der Brüste, der Oberschenkel beidseitig und der Oberarme beidseitig als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung beruft sie sich auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, sie habe der Klägerin rechtzeitig unter Darlegung der maßgeblichen Gründe mitgeteilt, dass sie die fünfwöchige Frist nicht einhalten könne. Die persönliche Begutachtung durch den MDK stelle auch einen hinreichenden Grund dar. Im Weiteren habe sie einen konkreten Zeitpunkt genannt, bis zu welchem sie voraussichtlich eine Entscheidung über den Antrag treffen werde. Darüber hinaus habe sich der MDK schlüssig und überzeugend geäußert. Beweismaterial, welches das sozialmedizinische Vorbringen entkräften könne, sei nicht vorgelegt worden. Die Frage, ob ein Schriftsatz mehr als eine reine Grußformel enthalten müsse, sei nur bei Verwaltungsakten relevant. Insofern sei nach § 33 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) eine Erkennbarkeit des Ausstellers bei Bescheiden erforderlich. Dort müsse der Verwaltungsakt entweder die Unterschrift oder die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten enthalten. Die Zwischennachricht vom 11.05.2018 beinhalte jedoch im Wesentlichen nur die Bitte, der Vorstellung der Klägerin beim MDK. Es handele sich hierbei gerade nicht um einen Verwaltungsakt. In der nichtöffentlichen Sitzung vom 29.10.2019 haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erklärt. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichts- sowie die Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte vorliegend ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu nach § 124 Abs. 2 SGG erteilt haben. Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG (zur Statthaftigkeit vergleiche LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 21.03.2017 – L 1 KR 623/15) erhobene Klage ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 13.05.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2018 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Sie hat gegen die Beklagte ein Anspruch auf Gewährung stationärer Straffungsoperationen ihrer Brüste, ihrer beiden Oberarme und ihrer beiden Oberschenkel als Sachleistung aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). 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). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 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 Satz 7 SGB V). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V). Vorliegend sind die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V erfüllt. Die Klägerin hat mit Antrag vom 16.04.2018 die begehrten Hautstraffungsoperationen beantragt und die Beklagte hat den Antrag nicht binnen fünf Wochen nach Eingang beschieden. Die vorliegend maßgebliche Fünf-Wochen-Frist war zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung am 23.05.2018 abgelaufen. Denn sie begann einen Tag nach Antragstellung, also am 17.04.2018 (zum Beginn vgl. nur Schifferdecker, in: KassKomm, § 13 SGB V Rn. 123), und endete am 21.05.2018 (§ 26 SGB X i.V.m. §§ 187 ff. Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Entgegen der Auffassung der Beklagten hat sie den Eintritt der Genehmigungsfiktion durch ihr Schreiben vom 11.05.2018 nicht hinausgeschoben. Nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V kann die Krankenkasse zwar, wenn sie die Frist nach Satz 1 nicht einhalten kann, dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mittteilen, sodass folglich die Genehmigungsfiktion nicht eintritt, jedoch genügt das Schreiben den Anforderungen des § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V nicht. Es fehlt es an einer schriftlichen Mitteilung. Denn entgegen der Auffassung der Beklagten ist für das Mitteilungsschreiben – obschon es sich hierbei um keinen Verwaltungsakt handelt – die Schriftform erforderlich. Dieses Erfordernis ergibt sich direkt aus § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V; wonach eine "schriftliche" Mitteilung erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 11.07.2017 – B 1 KR 26/16 R; Noftz, in: Hauck/Noftz, § 13 SGB V, Rn. 58j; Schifferdecker, in: KassKomm, § 13 SGB V, Rn. 127). Die Schriftform erfordert nach § 126 BGB eine Unterschrift. Vorliegend wurde das Schreiben jedoch lediglich mit der Grußformel "Mit freundlichen Grüßen Ihre XXX" abgeschlossen. Dies stellt keine Unterschrift dar. Selbst wenn man, in Anlehnung an § 33 Abs. 3 SGB X, die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten ausreichen lassen würde, reicht die von der Beklagten vorgenommene "Unterzeichnung" nicht aus, da hieraus kein Name – auch nicht der des Sachbearbeiters – ersichtlich ist. Es handelt sich bei dem Schreiben der Beklagten um ein Schreiben in Textform. Eine Ersetzung der Schriftform durch die Textform nach § 126b BGB ist aufgrund des eindeutigen Wortlautes von § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V aber nicht möglich (vgl. Schifferdecker a.a.O.). Eine der Regelung des § 36a Abs. 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch vergleichbare Regelung, wonach die Schriftform durch die elektronische Form ersetzt werden kann, besteht für die Textform gerade nicht. Es fehlt daher an einer schriftlichen Mitteilung im Sinne von § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V. Mangels schriftlicher Mitteilung eines hinreichenden Grundes ist die Genehmigungsfiktion des Satzes 6 eingetreten. Obschon der Wortlaut von Satz 6 nur auf die fehlende Mitteilung eines hinreichenden Grundes Bezug nimmt, folgt aus der fehlenden Schriftform ebenso die Fiktionswirkung. Denn die Beachtung der Schriftform ist Wirksamkeitserfordernis für die Mitteilung (Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 13 SGB V, Rn. 65). Im Schrifttum wird teilweise sogar von einer Nichtigkeit der Mitteilung bei fehlender Schriftform ausgegangen (so etwa Noftz, in: Hauck/Noftz, § 13 SGB V Rn. 58k). Ungeachtet dessen, ob man die fehlende Schriftform als fehlerhafte Mitteilung oder als nicht existente Mitteilung behandelt, folgt jedenfalls auch aus teleologischen Erwägungen bei einer lediglich fehlerhaften Mitteilung der Eintritt der Genehmigungsfiktion. Hierfür spricht der Sanktionscharakter der Vorschrift. Um diesem gerecht zu werden, muss nicht nur die fehlende sondern auch die (form-)fehlerhafte Mitteilung zum Eintritt der Genehmigungsfiktion führen. Ferner wäre das Schriftformerfordernis ansonsten obsolet. Auf die Frage, ob die Beklagte der Klägerin mit der Mitteilung des Erfordernisses einer körperlichen Untersuchung, die noch vor Ablauf der Fünf-Wochen-Frist erfolgte, einen hinreichenden Grund für die Nichteinhaltung der Frist mitgeteilt hat, kommt es aufgrund der formfehlerhaften Mitteilung nicht an. Der Umstand, dass die Klägerin die Straffungsoperationen an Brüsten, Armen und Oberschenkeln noch nicht hat durchführen lassen, steht dem Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht entgegen. Denn aus § 13 Abs. 3a SGB V folgt ebenso ein Sachleistungsanspruch. Das BSG (Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 25 – juris) hat ausdrücklich klargestellt, dass die Genehmigungsfiktion "zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch" begründet, "dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz" entspricht. 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. Abgesehen davon geht bereits der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V

davon aus, dass die Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt. Dem schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an. Der Antrag der Klägerin ist im Weiteren hinreichend bestimmt. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (vgl. BSG a.a.O., Rn. 23 m.w.N.). Dies ist vorliegend der Fall. Aus dem Antrag ist ersichtlich, dass die Klägerin Hautstraffungsoperationen betreffend die Brüste, die Oberarme und die Oberschenkel begehrt. Dem Anspruch auf die Straffungsoperationen steht auch nicht die Einschätzung des MDK in seinem Gutachten entgegen, bei den Hautüberschüssen an Armen, Beinen und Brüsten handele es sich nicht um einen krankhaften Zustand und eine Notwendigkeit sei nicht erkennbar. Denn ungeachtet der Frage, ob die Einschätzung des MDK zutreffend ist, ist für einen Anspruch auf Sachleistung im Falle des Eintritts der Genehmigungsfiktion eine Prüfung des Leistungsanspruches nach den §§ 27 ff. SGB V nicht vorzunehmen (vgl. etwa Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 13 SGB V, Rn. 29; Schifferdecker, in: KassKomm, § 13 SGB V Rn. 139 ff.; Wagner, in: Krauskopf, § 13 SGB V Rn. 52). Entscheidend ist insoweit, ob die Klägerin die Leistung für erforderlich halten durfte und die Leistungen nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O. Rn. 26) führt die in § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V geregelte Begrenzung auf "erforderliche" Leistungen zu einer Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die Regelung soll dem Leistungsberechtigten als Erleichterung für die Beschaffung ihm zustehender Leistungen dienen, ihn aber nicht zum Rechtsmissbrauch einladen. Dieser Auslegung schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an. Denn diese entspricht dem gesetzgeberischen Willen, wie die Gesetzesbegründung zur am 01.01.2018 in Kraft getretenen Parallelnorm des § 18 Abs. 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zeigt. Denn danach soll – ebenso wie im Krankenversicherungsrecht – nur in Evidenzfällen, wie etwa "Urlaub auf Mallorca", kein Anspruch bestehen (BT-Drs. 18/9522, S. 238, ebenso Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 13 SGB V Rn. 29). Ferner spricht für diese Auslegung der Sanktionscharakter der Norm; die Genehmigungsfiktion würde letztlich leerlaufen, wenn die beklagte Krankenkasse nach Nichtbeachtung der in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V genannten Vorgehensweise im weiteren (Klage-)Verfahren mit Erfolg einwenden könnte, die beantragte Leistung hätte im konkreten Fall gar nicht bewilligt werden dürfen. Die beantragten Hautstraffungsoperationen im Krankenhaus Bietigheim-Vaihingen unterfallen ihrer Art nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klägerin konnte aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrages durch Dr. XXX und Dr. XXX die Operationen für geeignet und erforderlich halten. Der Gedanke an einen Rechtsmissbrauch liegt fern. Zumal die Beklagte die Hautstraffungsoperation im Bereich des Bauches bewilligt hat. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 SGG.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Heilbronn, Paulinenstr. 18, 74076 Heilbronn, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

XXX Richterin

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-01-03