S 49 KR 641/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
49
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 49 KR 641/17
Datum
28.03.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 20/18 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 19.10.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.03.2017 verurteilt, die Kosten für die am 15.09.2016 beantragten Liposuktionsbehandlungen der Lipödeme an den Ober- und Unterschenkeln beidseits, an den Oberarmen beidseits, an der Hüfte beidseits sowie um/am Knie beidseits zu übernehmen. 2. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin. 3. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für Liposuktionsbehandlungen.

Die am 13.07.1979 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 15.09.2016 beantragte sie unter Bezugnahme auf einen Kostenübernahmeantrag von Herrn Dr. U, der über eine Kassenzulassung verfügt, die Durchführung von Liposuktionsbehandlungen bei der Diagnose Lipödem Stadium II. Seit Jahren leide sie an einem Lipödem, welches sich symmetrisch an den Ober- und Unterschenkeln beidseits, an den Oberarmen beidseits, an der Hüfte beidseits sowie um/am Knie manifestiert habe. Durch eine Umstellung der Ernährung, Diät oder Sport sei das Lipödem nicht korrigierbar. Manuelle Lymphdrainagen und komplexe Entstauungstherapie seien durchgeführt worden, würden aber nur kurzfristig das Sekundärsymptom der Ödembildung beeinflussen, während die Progredienz der Erkrankung unbeeinflusst bleibe. Daher entspreche eine Kombination von physikalischer Entstauungstherapie und operativer Liposuktion zur gezielten Reduktion der Fettvolumina dem Therapieoptimum. Es seien bei der Klägerin 4-5 Sitzungen erforderlich.

Mit Schreiben vom 16.09.2016 informierte die Beklagte die Klägerin über die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Der MDK kam mit Gutachten vom 30.09.2016 zu dem Ergebnis, dass keine Indikation für die begehrten Liposuktionsbehandlungen vorliege. Die Überlegenheit der Operation sei wissenschaftlich nicht zweifelsfrei bzw. mit eindeutiger Evidenz belegt. Zudem weise eine Operation nicht unerhebliche Risiken auf. Im Übrigen seien konservative Therapien weiter erforderlich und es sei mit weiteren Folgeeingriffen zu rechnen. Mit Bescheid vom 19.10.2016, welcher der Klägerin am 22.10.2016 zuging, lehnte die Beklagte unter Bezugnahme auf das MDK-Gutachten den Antrag ab.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin am 07.11.2016 Widerspruch ein. Ihr stehe die beantragte Behandlung zu, weil die Genehmigungsfiktion eingetreten sei. Die Vermehrung von Fettzellen entspreche einer Krankheit, insbesondere bei ausgeprägter Form des Lipödems. Durch die stetig steigende unkontrollierbare Gewichtszunahme sei ihr eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nicht möglich. Konservative Behandlungsmethoden seien ausgeschöpft. Bei der Liposuktion handle es sich um eine Behandlungsmethode nach § 137c Abs. 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V), sodass eine Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht erforderlich sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.03.2017 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Da noch keine abschließende Entscheidung des GBA vorliege, scheide ein Anspruch auf Kostenübernahme derzeit aus. Aus diesem Grund bestehe auch kein Anspruch unter dem Gesichtspunkt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V, weil ein Anspruch über die Fiktion nicht weiterreiche als der Sachleistungsanspruch.

Mit ihrer am 05.04.2017 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Kostenübernahme für die begehrten

Liposuktionsbehandlungen weiter. Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V sei eingetreten, weil keine rechtzeitige Bescheidung binnen fünf Wochen erfolgt sei. Das Bundessozialgericht (BSG) habe im Urteil vom 11.07.2017 (Az.: B 1 KR 1/17 R) klargestellt, dass es für die Einhaltung der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V auf die Bekanntgabe des Verwaltungsaktes ankomme. Die Rechtmäßigkeit der Fiktion werde zudem nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs beurteilt, sondern es sei entscheidend, ob ein Versicherter die Leistung subjektiv für erforderlich halten durfte, was bei der Klägerin der Fall sei. Schließlich habe sie sämtliche konservative Behandlungsmaßnahmen ohne Besserung der Beschwerden ausgeschöpft. Im Übrigen seien ausreichende Rückschlüsse für die Wirksamkeit der Behandlung vorhanden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.10.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.03.2017 zu verurteilen, die Kosten für die am 15.09.2016 beantragte Liposuktionsbehandlung der Lipödeme an den Ober- und Unterschenkeln beidseits, an den Oberarmen beidseits, an der Hüfte beidseits sowie um/am Knie beidseits zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen sowie hilfsweise die Sprungrevision zuzulassen.

Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor, dass für die Einhaltung der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V das Datum der Bescheidung und nicht der des Zugangs des Bescheides bzw. der Bekanntgabe entscheidend sei. Dies folge aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V, wonach eine Krankenkasse innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang "zu entscheiden" habe. Ferner stehe dem Anspruch entgegen, dass es sich bei Herrn Dr. U um einen Privatarzt handele (vgl. Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016, Az.: L 11 KR 5297/15 und LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 12.07.2017, Az.: L 11 KR 28/16).

Die Kammer hat im Rahmen der Amtsermittlung die Klägerin im Verhandlungstermin persönlich im Hinblick auf die Behandlung bei Herrn Dr. U angehört. Insoweit wird auf das Sitzungsprotokoll Bezug genommen (Blatt 81-83 der Gerichtsakte).

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten. Diese haben dem Gericht vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

1. Die Klage ist zulässig und begründet.

Die erhobene allgemeine Leistungsklage ist zulässig, denn die Klägerin stützt ihr Begehren gerade auf den Eintritt der fingierten Genehmigung ihres Antrags nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V und damit auf einen fingierten Leistungsbescheid, der in Bestandskraft erwachsen ist. Nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Hierfür genügt es, dass ein bindender Verwaltungsakt (§ 77 SGG) vorliegt, der Leistungsträger aber gleichwohl nicht leistet (vgl. BSG, Urteil vom 27.03.1980, Az.: 10 RV 23/79, Rn. 13, zit. nach juris).Ist die Genehmigung einer beantragten Leistung kraft Fiktion erfolgt, steht dies der Bewilligung der beantragten Leistung durch einen Leistungsbescheid gleich.

Die gegen die Ablehnungsentscheidung neben der allgemeinen Leistungsklage erhobene isolierte Anfechtungsklage ist ebenfalls zulässig. Die Beklagte setzte mit ihrer Leistungsablehnung nicht das mit Eintritt der Genehmigungsfiktion beendete, ursprüngliche Verwaltungsverfahren fort, sondern eröffnete ein neues eigenständiges Verfahren (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2017, Az.: B 1 KR 24/17 R, Rn. 9-11, zit. nach juris).

Die Klage ist auch begründet, weil die Klägerin nach Auffassung der Kammer einen Anspruch auf Kostenübernahme für die beantragten Liposuktionsbehandlungen aus § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V hat. Aus diesem Grund ist auch der Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 19.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.03.2017 rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

Nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V hat eine 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 nach § 13 Abs. 3a S. 2 SGB V unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a S. 3 SGB V). Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitzuteilen gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V.

Der Erstattungsanspruch setzt dabei nach seinem inneren Zusammenhang mit der Mitteilungspflicht gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V und dem Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V voraus, dass die Krankenkasse keinen oder keinen hinreichenden Grund mitteilt. Entsprechend des Regelungszwecks, Bewilligungsverfahren zu beschleunigen und nicht hinreichend begründete Verzögerungen zu sanktionieren, genügt eine Krankenkasse ihrer Mitteilungspflicht, wenn sie mindestens einen hinreichenden Grund schriftlich angibt. Ein solcher bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, tagegenau anzugebende Dauer des Bestehens, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 20, zit. nach juris).

Die beantragte Leistung gilt in diesem Sinne wegen Fristablaufs als genehmigt. Die Klägerin ist leistungsberechtigt, weil sie bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist.

Da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen vgl. § 42a Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG). 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 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch – (SGB X) hinreichend bestimmt ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, Rn. 23, zitiert nach juris).

Dies ist hier der Fall. Aus dem Antrag auf Kostenübernahme von Herrn Dr. U, auf welchen die Klägerin bei Antragstellung Bezug genommen hat, gehen sowohl die Art der Behandlung (Liposuktion), die voraussichtliche Anzahl der Eingriffe (4-5 Sitzungen) sowie die betroffenen Körperregionen (Ober- und Unterschenkel beidseits, Oberarme beidseits, Hüfte beidseits sowie um/am Knie) hervor.

Die begehrten Liposuktionsbehandlungen stellen auch Leistungen dar, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (so auch BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az.: B 1 KR 1/17 R, Rn. 22, zit. nach juris). Zur Überzeugung der Kammer durfte die Klägerin die beantragten Eingriffe subjektiv für erforderlich halten.

Diese Einschränkungen der Genehmigungsfiktion werden zwar nicht ausdrücklich normiert, ergeben sich aber aus dem Wortlaut, demzufolge sich die Leistungsberechtigten eine "erforderliche" Leistung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V selbst beschaffen können. 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 (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 26, zit. nach juris).

Die Kammer ist nach Anhörung der Klägerin davon überzeugt, dass sie die Leistung subjektiv für erforderlich halten durfte, insbesondere war die Behandlung nicht als Privatarztbehandlung geplant und sie musste auch nicht von einer privatärztlichen Behandlung ausgehen. Vielmehr hat sie glaubhaft geschildert, dass sie von einer vertragsärztlichen Behandlung ausgegangen ist. Schließlich hat die Klägerin bei der Untersuchung durch Herrn Dr. U auch ihre Krankenversicherungskarte vorgelegt. Allein aus dem Umstand, dass die Liposuktionen unter Bezugnahme auf die GoÄ abgerechnet werden sollten, folgt kein Leistungsausschluss. Die subjektive medizinische Erforderlichkeit folgt zum einen aus dem Umstand, dass nach Auskunft von Herrn Dr. U die Liposuktion medizinisch erforderlich sei und keine ausreichende Behandlungsalternativen mehr bestehen würden. Zum anderen war auch aus Sicht der Beklagten die Durchführung einer MDK-Begutachtung erforderlich, was bei einer offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegenden Leistung sicherlich nicht notwendig gewesen wäre. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin im Zeitpunkt der Antragstellung Kenntnis davon hatte, dass ihr die begehrten Behandlungen nicht zustehen. Es handelt sich damit nicht um eine Fallgestaltung, wonach die Krankenkasse unter keinem Gesichtspunkt sachlich zuständig ist, eine systemfremde Leistung begehrt wird oder der gestellte Antrag willkürlich oder querulatorisch ist (vgl. Sozialgericht (SG) München, Urteil vom 16.06.2016, Az.: S 7 KR 409/15, Rn. 38, zit. nach juris).

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V, weil es zur Überzeugung der Kammer für eine fristgerechte Entscheidung einer ebenfalls fristgerechten Bekanntgabe der Entscheidung gegenüber dem Versicherten bedarf. Entgegen der Auffassung der Beklagten widerspricht dies nicht dem Wortlaut von § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V. Die Beklagte verkennt, dass sich unmittelbar aus den §§ 37, 39 SGB X ergibt, dass eine Entscheidung durch einen Verwaltungsakt erst dann wirksam wird, wenn sie dem Beteiligten bekannt gegeben wird. Eine davon abweichende Regelung sieht § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V gerade nicht vor. Eine Entscheidung im Sinne des § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V liegt daher erst im Zeitpunkt der Bekanntgabe vor. Dies entspricht auch dem Sinn und Zweck der Genehmigungsfiktion, schließlich sollen die Versicherten nach Fristablauf berechtigt sein, sich die beantragte Leistung auf Kosten der Krankenkassen selbst zu beschaffen. Dies setzt voraus, dass Fristbeginn und Fristende für die Versicherten transparent bestimmbar sind. Es kann daher für eine fristgerechte Entscheidung nicht auf das bloße Abfassen der Entscheidung als Verwaltungsakt ankommen, da den Versicherten dieser Zeitpunkt in der Regel nicht bekannt ist. Die Kammer sieht sich in dieser Auffassung auch durch die Rechtsprechung des BSG zum Hinweisschreiben bestätigt, wonach auch dieses nicht lediglich fristgerecht abgefasst, sondern den Versicherten auch fristgerecht bekannt gemacht sein muss (vgl. BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az.: B 1 KR 26/16 R, Rn. 29, zit. nach juris). Wenn sogar das Hinweisschreiben fristgerecht bekannt zu geben ist, dann muss dies erst Recht für die abschließende Entscheidung durch den Verwaltungsakt gelten. Folgerichtig hat das BSG, daher auch die Entscheidung des Bayerischen LSG (Beschluss vom 25.04.016, Az.: L 5 KR 121/16 B ER, Rn. 26, zit. nach juris), wonach die bloße Entscheidung ausreiche, um die Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V einzuhalten, als unzutreffend bezeichnet.

Der Antrag ist bei der Beklagten am 15.09.2016 eingegangen. Fristbeginn war damit der 16.09.2016 gemäß § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Der Ablauf der Fünf-Wochen-Frist ist dann am 20.10.2016 gemäß § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB eingetreten. Mit Ablauf des 20.10.2016 gelten die beantragten Liposuktionsbehandlungen als genehmigt gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V, weil die ablehnende Entscheidung vom 19.10.2016 der Klägerin erst am 22.10.2016 durch Zustellung bekannt gegeben wurde.

Der Anspruch aus § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V erstreckt sich nicht nur auf eine Erstattung der Kosten, sondern auch auf Sachleistungsansprüche. Bereits das BSG hat ausgeführt, dass der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion unter Beachtung von Sinn und Zweck der Regelung auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ermöglichen soll, ihren Anspruch zu realisieren (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R, Rn. 25, zit. nach juris). Dies ist allein über die Bewilligung als Sachleistung sicherzustellen. Bestätigt wird die Herleitung eines Sachleistungsanspruchs über § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V durch den Umstand, dass diesem andernfalls keine eigenständige Bedeutung gegenüber dem Kostenerstattungsanspruch aus Satz 7 zukommen würde. Dies entspricht auch der Gesetzgebungshistorie, da zunächst vom Gesetzgeber lediglich die Einführung eines Erstattungsanspruchs beabsichtigt war (vgl. Entwurf für ein Patientenrechtegesetz, BT-Drs. 312/12, S. 46; BT-Drs. 17/10488, S. 32).

Die fingierte Genehmigung hat sich auch nicht erledigt. Der angefochtene Bescheid der Beklagten lässt die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion unberührt, da die Ablehnung der Leistung im Sinne der §§ 45, 47 SGB X weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder den Widerruf der fingierten Genehmigung regelt (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R).

Die Ablehnungsentscheidung (Bescheid vom 19.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.11.2016) ist rechtswidrig. Sie verletzt die Klägerin in ihrem sich aus der fiktiven Genehmigung ihres Antrags ergebenden Leistungsanspruch.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und trägt dem Obsiegen der Klägerin Rechnung.

3. Die Sprungrevision wird gemäß §§ 161 Abs. 2 S. 1, 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen. Nach Auffassung der Kammer hat die Rechtssache eine grundsätzliche Bedeutung, weil es für den Eintritt der Genehmigungsfiktion von entscheidender Bedeutung ist, ob im Hinblick auf eine fristgerechte Entscheidung auf die bloße Bescheidung oder auf die Bekanntgabe der Entscheidung abzustellen ist und das BSG bisher nur Fälle entschieden hat, bei der es auf den Zeitpunkt des Hinweisschreibens angekommen ist.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2018-07-05