

Beglaubigte Abschrift

S 29 KR 1740/15



SOZIALGERICHT MÜNCHEN GERICHTSBESCHEID

in dem Rechtsstreit



Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.a., Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt -
294/2015-We 202 -

gegen

DAK-Gesundheit, vertreten durch den Vorstand, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg -
0034 12 Gä -
- Beklagte -

Krankenversicherung

Die 29. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihren Vorsitzenden, Richter
am Sozialgericht Dr. von Schenkendorff, am 29. Mai 2017 ohne mündliche Verhandlung
folgenden

G e r i c h t s b e s c h e i d :

- I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin unter Aufhebung des Ablehnungsbescheides vom 8. September 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2016 die verauslagten Operationskosten in Höhe von 8381,99 € in Folge der eingetretenen Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V zu erstatten.

- II. Außergerichtliche Kosten sind der Klägerin durch die Beklagte zu erstatten.

T a t b e s t a n d :

1.

Die Klägerin begehrte ursprünglich die Feststellung einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V bezüglich einer bariatrischen OP (Magenbypass) und änderte den Antrag – nach durchgeführte Operation – mit Schriftsatz vom 13. April 2016 in einen Antrag auf Kostenerstattung.

Bei der Beklagten hatte die Klägerin mit Schreiben vom 1. Juni 2015 (bei der Beklagten eingegangen am 3. Juni 2015) eine „laparoskopische Magenbypass-Operation zu Gewichtsreduzierung“ beantragt und zwar unter Beigabe einer fachlichen Stellungnahme der RoMed Klinik, Bad Aibling vom 19. Mai 2015, eines Ambulanzbriefs des Caritas Krankenhauses Sankt Josef vom 5.1.2015, eines Arztbriefs des RoMed Klinikums Rosenheim vom 23. April 2015, eines psychiatrischen Gutachtens von Dr. Konrad Mäsel vom 13. April 2015 sowie weiterer Laborberichte und Befundungen.

Mit Schreiben vom 9. Juni 2015 bestätigte die Beklagte den Antragseingang und bat um die Beantwortung eines Fragebogens für Versicherte und Fragebögen für behandelnde Ärzte. Der ausgefüllte Fragebogen für die Klägerin liegt mit Datum 10. Juni 2015 in den Akten vor, der ausgefüllte Fragebogen der RoMed Klinik Bad Aibling mit Datum 11. Juni 2015.

Mit Schreiben vom 23. Juni 2015 beauftragte die Beklagte den MDK mit einer Begutachtung.

Mit Schreiben vom 1. Juli 2015 teilte die Beklagte der Klägerin die MDK-Beauftragung mit und vermerkte anschließend wörtlich an: „die Bearbeitungsfrist nach § 13 Abs. 3 a SGB V kann somit nicht eingehalten werden.“

Am 31. August 2015 fertigte der MDK sein Gutachten an, worauf am 8. September 2015 (am selben Tag zur Post gegeben) der Antrag der Klägerin abgelehnt wurde.

Mit Schreiben vom 10. September 2015 legte die Klägerin gegen diesen Bescheid Widerspruch ein, legte eine aktuelle Stellungnahme der RoMed Klinik Bad Aibling bei und es wurde durch die Beklagte mit Schreiben vom 8.10.2015 eine Widerspruchsbegutachtung des MDK veranlasst (Gutachten des MDK vom 8. Januar 2016). Ein (negativer) Widerspruchsbescheid ist am 5. April 2016 ergangen.

2.

Zwischenzeitlich war am 17. Dezember 2015 bereits die ursprünglich auf Feststellung einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a SGB V gerichtete und mit einer verspäteten Bescheiderteilung begründete Klage beim Sozialgericht München eingegangen. Die Beklagte verweist im wesentlichen darauf, dass es an einem hinreichend bestimmten Leistungsantrag fehle, die Klägerin mit Schreiben vom 1. Juli 2015 darüber informiert worden sei, dass die Bearbeitungsfrist des § 13 Abs. 3 a SGB V nicht eingehalten werden könne und i.Ü. die Operation auch medizinisch nicht notwendig sei (Widerspruchsbescheid Seite 3).

3.

Nach Klageänderung im Schriftsatz vom 13. April 2016 beantragt die Klägerin nunmehr,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin verauslagte Operation Kosten in Höhe von 8381,99 € zu erstatten (§ 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V, dies unter Aufhebung des Ableh-

nungsbescheides vom 8. September 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. April 2016.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß § 136 Abs. 2 SGG auf den Akteninhalt verwiesen. Der Kammer haben die Beklagtenakten vorgelegen.

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

1.

Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat ihre ursprüngliche Feststellungsklage auf eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage auf Kostenerstattung umgestellt. Diese Klageänderung erachtet das Gericht gemäß § 99 Abs. 1 SGG als sachdienlich, da damit den anfänglich im Rahmen der gerichtlichen Verfahren zur Genehmigungsfiktion häufig auftretenden Unsicherheiten bezüglich der Klageart im Sinne der Prozessökonomie begegnet werden kann.

Die Anfechtungsklage in objektiver Klagehäufung mit einer Leistungsklage ist nach Erlass des Widerspruchsbescheides zulässig, da zum einen für beide das sachlich (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG) und örtlich (§ 57 Abs. 1 SGG) zuständige Sozialgericht München angerufen wurde. Zum anderen wurde für die Anfechtungsklage das gesetzlich vorgesehene (§ 78 SGG) Vorverfahren (jedenfalls nach Klageeinreichung) beendet und fristgerecht (§ 87 Abs. 2 SGG) – nämlich vorab – Klage erhoben. Die Anfechtungsklage war trotz des vorher ergangenen Fiktivbescheides erforderlich, da die dem Fiktivbescheid widersprechenden Bescheide einen der Genehmigungsfiktion entgegenstehenden Rechtsschein setzen. Die Leistungsklage bedarf keines Vorverfahrens.

Zwar hatte die Klägerin ursprünglich nur eine Feststellung der Genehmigungswirkung begehrt jedoch im Schriftsatz vom 3. Juni 2016 zuletzt deutlich gemacht, dass sie Kostenerstattung begehrt und dies nach dem Gesamtzusammenhang ihrer Schriftsätze auslegungsmäßig (Meyer-Ladewig, § 123 SGG, Randnummern 3 a, 3 b) nur bedeuten konnte, dass sie unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide eine Leistung aus dem von ihm als vorliegend angenommenen Fiktivbescheid begehrt.

Vorliegend konnte das Gericht einen Gerichtsbescheid erlassen, da gemäß § 105 Absatz 1 Satz 1 SGG die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufwies und der Sachverhalt geklärt war. Die Beteiligten wurden ordnungsgemäß gehört.

2.

Die Klage ist auch begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf die im Fiktivbescheid zugestandene Leistung, hier als Erstattungsleistung im Sinne von § 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V.

a)

Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige (ambulante bzw. stationäre) Krankenbehandlung wenn sie notwendig ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ § 27,39 SGB V).

Der Antrag der Klägerin bei der Beklagten vom 3. Juni 2015 entfaltet hier mit dem Ablauf von 5 Wochen (die Einschaltung des MDK wurde mit Schreiben vom 23. Juni 2015, also noch innerhalb der Dreiwochenfrist, bekannt gegeben – § 13 Absatz 3 a Satz 1 SGB V), d.h. mit Ablauf des 8. Juli 2015, fiktive Genehmigungswirkung.

b)

Das BSG hat in seinem Urteil vom 8. März 2016 (BSG, Urteil vom 8. März 2016, B1 KR 25/15 R, Juris) dazu folgende Voraussetzungen aufgestellt:

aa)

Der Antrag der Versicherten muss sich so hinreichend bestimmen lassen, dass die auf dieser Grundlage fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (**fiktionsfähiger Antrag**; BSG, a.a.O., Rn. 23).

Vorliegend hatte die Klägerin in seinem Antrag vom 3. Juni 2015 unzweideutig eine „Kostenübernahme einer laparoskopischen Magenbypass-Operation zu Gewichtsreduzierung“ beantragt. Sie hat außerdem sehr detailliertes Material, u.a. Arztberichte etc., hinzugefügt. Dieser Antrag war im Sinne der gesetzlichen Genehmigungsfiktion hinreichend bestimmt, denn man konnte daraus ein ausreichendes Bild von Art und Umfang der gewünschten medizinischen Maßnahmen gewinnen. Unerheblich ist, ob die Klägerin in Ihrem Antrag die gewählte Formulierung benutzt hat oder gar den DRG-Abrechnungscodex G 19 B, denn für den fiktionsfähigen Antrag ist es ausreichend, wenn aus dem Antrag klar ersichtlich ist, welche Operation durchgeführt werden soll. Eine Kenntnis der DRG-Abrechnungspraxis kann zweifellos nicht verlangt werden. Zudem ist es ebenfalls unerheblich, welche Klinik letztlich den Eingriff vornimmt, denn der Antrag ist nicht an die Klinik gebunden sondern an die Art der Operation.

bb)

Dieser Antrag darf nicht innerhalb der Frist des § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V (inklusive der möglichen Fristverlängerungen nach Satz 5) mit einem Bescheid entschieden worden sein. Die Frist beträgt hier grundsätzlich 3 Wochen (§ 13 Absatz 3a Satz 1, 1. Halbsatz SGB V), bzw. nach der der Klägerin am 1. Juli 2015 mitgeteilten Einschaltung des MDK, fünf Wochen (§ 13 Abs. 3 a Satz 2 SGB V).

Fristverlängernde Mitteilungen der Beklagten liegen nicht vor. Derartige Mitteilungen müssen nach § 13 Absatz 3a Satz 5 SGB V eine begründete Mitteilung der Fristverlängerung enthalten und dazu die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des beklagenseits prognostizierten (Fort-)Bestehens eines solchen Verlängerungsgrundes enthalten (BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hier wurde der Klägerin durch die Beklagte im genannten Schreiben vom 1. Juli 2015 nur mitgeteilt, dass die Bearbeitungsfrist nach § 13 Abs. 3 a SGB V wegen der Einschaltung des MDK nicht eingehalten werden könne. Würde eine solche Formulierung zu einer (unbestimmten) Verlängerung der gesetzlichen Frist führen, wäre die gesamte Regelung zur Genehmigungsfiktion obsolet. Deshalb wird in der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu recht verlangt, dass eine taggenaue Angabe der Verlängerungsdauer zu erfolgen hat. Mit der gewählten Formulierung versucht sich die Beklagte aus der Fristenregelung des § 13 Abs. 3 a SGB V „heraus zu schreiben“. Wie sich anschließend zeigt, fühlt sie sich dann auch an keinerlei Fristen mehr gebunden, denn der Bescheid ergeht erst am 8. September 2015 also mehr als drei Monate nach Antragseingang. Diese Praxis der Beklagten ist rechtswidrig.

Die 5-Wochen-Frist endete demnach mit Ablauf des 8. Juli 2015.

cc)

Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen, die den Naturalleistungsanspruch wie den hier streitgegenständlichen naturalleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch erfasst, bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die Genehmigungsfiktion soll die Versicherten nicht zu Rechts-

missbrauch einladen und ihnen keine Leistungsgrenzen überwinden lassen, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, a.a.O., Rn. 26).

Bei der Klägerin lag eine Adipositas Grad III mit einem Body-Maß-Index von 54,5 kg/m² vor. Danach Kann eine operative Maßnahme auch nach den interdisziplinären Leitlinien der deutschen Adipositasgesellschaft (Seite 67) primär und ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, insbesondere wenn neben dem hohen Bodymaß-Index auch schwere Begleit- und Folgekrankheiten zu befürchten sind (was nach den Ausführungen des Caritas Krankenhauses Sankt Josef vom 5. Januar 2015 im hier entscheidungsrelevanten Rahmen nicht zweifelhaft sein konnte). Umso mehr muss es sich der Klägerin – vermehrt durch die weiteren in den Akten dokumentierten ärztlichen Aussagen – aus ihrer entscheidungsrelevanten individuellen Laiensicht bei Antragstellung aufgedrängt haben, dass hier nur noch ein operativer Eingriff Hilfe für Sie bringen kann. Etwaige darüber hinausgehende Überlegungen zur medizinischen Notwendigkeit sind damit irrelevant. Ein rechtsmissbräuchliches Verlangen der Klägerin ist bei dieser Sachlage jedenfalls eindeutig ausgeschlossen.

Die Rechtmäßigkeit einer fingierten Genehmigung beurteilt sich i.ü. ausschließlich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 a SGB V (siehe oben) und nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruch (BSG, a.a.O., Rn. 32).

3.

Damit war der Klage in vollem Umfang stattzugeben, ohne auf weitere Details des materiellen Krankenversicherungsrechts eingehen zu müssen.

Die Kostenentscheidung ergibt Sie aus § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheids beim Bayer. Landessozialgericht, Ludwigstraße 15, 80539 München, oder bei der Zweigstelle des Bayer. Landessozialgerichts, Rusterberg 2, 97421 Schweinfurt, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Bayer. Landessozialgericht in elektronischer Form einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist beim Sozialgericht München, Richelstraße 11, 80634 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder beim Sozialgericht München in elektronischer Form eingelegt wird.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Sozialgerichtsbarkeit - ERVV SG" an die elektronische Gerichtspoststelle des Bayer. Landessozialgerichts oder des Sozialgerichts München zu übermitteln ist. Über das Internetportal des elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. von Schenckendorff

