

Beglaubigte Abschrift

S 29 KR 237/16



SOZIALGERICHT MÜNCHEN GERICHTSBESCHEID

in dem Rechtsstreit

█
- Kläger -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.a., Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt -
038/2016-We 202 -

gegen

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

- Beklagte -

Krankenversicherung

Die 29. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihren Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Dr. von Schenckendorff, am 28. November 2016 ohne mündliche Verhandlung folgenden

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

- I. Der Bescheid vom 2. März 2015 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2016 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V – eine bariatrische Operation zur Verkleinerung des Magens als Sachleistung zu gewähren.
- II. Die Beklagte hat dem Kläger seine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

I. Sachverhalt:

1.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer bariatrischen Operation als Sachleistung. Er beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 27. August 2014, bei der Beklagten nach deren Angaben eingegangen am 28. August 2014, einen „operativen Eingriff zur Verkleinerung des Magens“. Er legte dazu ein Attest von Dr. Petra Schönbrunner vom 9. August 2014 vor.

Mit Schreiben vom 1. September 2014, das einerseits der Information des Klägers diene und andererseits dazu, ihn um Mithilfe in Form des beigelegten (und von ihm auszufüllenden) Fragebogens und der Weiterleitung der beiden anderen Fragebögen an den behandelnden Arzt und Psychiater/Psychotherapeuten bat, wurde abschließend noch folgender Hinweis gegeben: „Wir vereinbaren dann für Sie einen Termin zur Begutachtung beim medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Reichen Sie bitte alle erforderlichen Unterlagen vorher bei uns ein.“

Wann der MDK durch die Beklagte beauftragt wurde, ist nicht aktenkundig. Lediglich aus der Erwähnung eines Beauftragungsdatums (3. Dezember 2014) im Gutachten des MDK vom 30. Januar 2015 kann dies indirekt abgeleitet werden.

Am 15. Januar 2015 erging von der Beklagten ein Schreiben an den Kläger mit im wesentlichen folgendem Inhalt: „Unser Ziel ist es, ihr Anliegen zügig zu klären. Für die abschließende Bearbeitung benötigen wir noch etwas Zeit. Bitte haben Sie dafür Verständnis. Wir informieren Sie so schnell wie möglich.“

Nach dem – negativen – Gutachten des MDK vom 30. Januar 2015 erging der ablehnende Bescheid erst am 2. März 2015 ohne dass weitere Ermittlungen oder Fristverlängerungen aktenkundig sind.

Das mit Schreiben vom 6. März 2015 eingeleitete Widerspruchsverfahren wurde dann erst nach Klageerhebung durch Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2016 (!) abgeschlossen.

2.

Mit der am 18. Februar 2016 beim Sozialgericht München eingegangenen Klage verfolgt der Kläger sein Ziel weiter. Die Klage stützt sich auf die eingetretene Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 ah Satz 6 SGB V.

Der Kläger beantragt, die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin unter Aufhebung des Ablehnungsbescheides in Gestalt des Widerspruchsbescheides aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 ah Satz sechs SGB V eine bariatrische Operation (Magenbypass) als Sachleistung zu gewähren, dies.

Die Beklagte beantragt sinngemäß, die Klage abzuweisen.

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

II. Entscheidungsgründe:

1.

Die Anfechtungsklage in objektiver Klagehäufung mit einer Leistungsklage ist 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.

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, bzw. haben sich vorab mit einem Gerichtsbescheid einverstanden erklärt.

2.

Die Klage ist auch begründet. Der Kläger hat Anspruch auf die im Fiktivbescheid gewährte Leistung.

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 des Klägers bei der Beklagten vom 28. August 2014 entfaltet mit dem Ablauf von 5 Wochen, d.h. mit Ablauf des 3. Oktober 2014 fiktive Genehmigungswirkung.

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:

a)

Der Antrag des 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 der Kläger in seinem Antrag vom 28. August 2014 nebst beiliegendem ärztlichen Attest einen „operativen Mageneingriff“ bzw. „operativen Eingriff zur Verkleinerung des Magens“ beantragt. Dieser Antrag war hinreichend bestimmt, denn die Beklagte hat ihn daraufhin selber als „adipositaschirurgischen Eingriff“ aufgefasst und mit Magenband bzw. Magenbypass hinlänglich interpretiert.

b)

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 dem Kläger am 1. September 2014 mitgeteilten Einschaltung des MDK, fünf Wochen (§ 13 Abs. 3 a Satz 2 SGB V).

Eine fristverlängernde Mitteilung muss 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 (Fort-)Bestehens eines solchen Verlängerungsgrundes enthalten (BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hier ist ausweislich der Akten zwar am 15. Januar 2015 (also lange nach Ablauf der 5-Wochenfrist) ein Schreiben an den Kläger ergangen. Es wurde jedoch nur mitgeteilt, man benötige noch etwas Zeit für die abschließende Bearbeitung. Das ist im Sinne von § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V erstens zu spät und zweitens bei weitem nicht ausreichend. Es fehlt an der taggenauen Nachfristbestimmung bzw. Verlängerung Benennung. Die Frist begann mit dem Tag nach Eingang des Antrags also am 29. August 2014. Die 5-Wochen-Frist endete mit Ablauf des 3. Oktober 2014, also am 4. Oktober 2014 (vgl. zur

Fristberechnung: Bayrisches LSG, Urteil vom 23. Februar 2016, L5 KR 351/14, Juris, Rn 29). Angesichts der Tatsache, dass der infrage kommende Bescheid erst am 2. März 2015 ergangen ist und damit die Nichteinhaltung der 5-Wochen-Frist nicht streitig sein kann, musste auf die Frage, ob der (Feier-)Tag der deutschen Einheit bei der Ermittlung des Fristendes eine verlängernde Rolle spielt, nicht eingegangen werden.

c)

Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen, die den Naturalleistungsanspruch wie den 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 damit den Versicherten nicht zu Rechtsmissbrauch einladen und ihn keine Leistungsgrenzen überwinden lassen, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, a.a.O., Rn. 26).

Nachdem dem Antragsbegehren des Klägers von Anfang an ein entsprechendes ärztliches Attest beigegeben worden war, konnte der Kläger (aus seiner Laiensicht) die gewünschte Leistung subjektiv für erforderlich halten und als nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegend ansehen. Etwaige Leistungsgrenzen, wie sie vom MDK oder auch vom Beklagten etwa im Sinne einer fehlenden medizinischen Erforderlichkeit des Gewünschten gesehen worden sind, musste der Kläger daher subjektiv nicht erkennen. Diese durch medizinische Argumente und Rechtsprechung herausgefilterten Voraussetzungen mussten dem Kläger nicht klar sein.

2.

Alle weiteren Ausführungen der Beklagten bezüglich der Begrenzung des § 13 Abs. 3 a SGB V allein auf einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für medizinisch notwendig und bereits selbstbeschaffte Leistungen sind nach Auffassung der Kammer mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 8. März 2016, B1 KR 25/15 R hinfällig. Dort werden zweifelsfrei der Naturalleistungsanspruch und der naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch nebeneinander gestellt. Dabei wird vor allem herausgestellt, dass der Naturalleistungsanspruch Kraft Genehmigungsfiktion auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ermöglichen soll, die fiktiv genehmigte Leistung (als Sachleistung) zu erhalten (BSGE, a.a.O., Rn. 25). Die Auffassung der Beklagten würde zu einem Ausschluss der pekuniär nicht leistungsfähigen Versicherten aus dem System der Fiktivgenehmigungen führen. Dies ist als gesetzeswidrig abzulehnen.

3.

Die dem Fiktivbescheid nachträglich entgegengestellten Bescheide (Bescheid vom 2. März 2015 und Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2016) sind rechtswidrig und daher im Rahmen der in objektiver Klagehäufung erhobenen Anfechtungsklage aufzuheben.

Auch eine fingierte Genehmigung bleibt wirksam, solange sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (BSG, Urteil vom 8. März 2016, a.a.O., Rn. 31). Die fingierte Genehmigung schützt also den Adressaten dadurch, dass sie ihre Wirksamkeit ausschließlich nach diesen allgemeinen Grundsätzen (bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen) verlieren kann (BSG, a.a.O., Rn. 32). So bleibt der naturalleistungsersetzende Erstattungsanspruch selbst dann erhalten, wenn der Versicherte vor Selbstbeschaffung die ablehnenden Bescheide der Krankenversicherung erhalten hat. Die Ablehnung der Leistung regelt weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme der fingierten Genehmigung (BSG, a.a.O., Rn. 32).

Dies gilt auch für den vorliegenden Fall. Der Beklagte war bei Erlass der streitgegenständlichen Bescheide offensichtlich in keinster Weise bewusst, dass bereits ein begünstigen-

der Fiktivbescheid vorlag. Die streitgegenständlichen Ablehnungsbescheide gehen daher auch ausschließlich auf die materielle Rechtslage ein und setzen sich mit keinem Wort mit der Wirksamkeit des Fiktivbescheides auseinander. Zweimal kann die Beklagte jedoch nicht in derselben Sache unterschiedlich entscheiden. Die dem Fiktivbescheid entgegenstehenden Bescheide waren daher aufzuheben.

4.

Damit war der Klage in vollem Umfang stattzugeben, ohne auf weitere Details des materiellen Krankenversicherungsrechts eingehen zu müssen. Die Rechtmäßigkeit einer fingierten Genehmigung beurteilt sich ausschließlich nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 a SGB V und nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruch (BSG, a.a.O., Rn. 32).

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

