

Beglaubigte Abschrift

S 29 KR 1340/15



SOZIALGERICHT MÜNCHEN GERICHTSBESCHEID

in dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Tim Christian Werner u.a., Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt -
275/2015-We 202 -

gegen

DAK-Gesundheit, vertreten durch den Vorstand, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg -
0034 11 Eh -

- Beklagte -

Krankenversicherung

Die 29. Kammer des Sozialgerichts München erlässt durch ihren Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Dr. von Schenckendorff, am 11. 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 – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V – die Kosten für die in der chirurgischen Klinik München-Bogenhausen stationär durchgeführte bariatrische Operation in Höhe von 8959,74 € zu erstatten.
- II. Die Beklagte hat der Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

T a t b e s t a n d :

1.

Die Klägerin begehrt die Kostenerstattung für eine bariatrische Operation während des stationären Aufenthaltes in der chirurgischen Klinik München-Bogenhausen vom 24. bis 29.5.2016 in Höhe von 8959,74 €.

a)

Sie beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 31. Juli 2015 die „Genehmigung eines bariatrischen Eingriffs (laparoskopische Schlauchmagenanlage)“. Dem Antrag legte sie u.a. einen Arztbrief des Adipositaszentrums München-Bogenhausen vom 7. Juli 2015, eine ärztliche und psychotherapeutische Empfehlung vom 20. Juni 2015, ein Arztbericht von Dr. Storck vom 3. November 2014, einen ärztlichen Bericht des Zentrums für Orthopädie und Sportmedizin vom 8. Juni 2015 einen Arztbericht des Klinikums rechts der Isar vom 11. Juli 2013, einen Arztbericht von Professor Dr. Schiessl vom 28. Juni 2014 und eine Teilnahmebescheinigung an einem Präventionskurs zur Reduzierung vom Bewegungsmangel vom 21. Juli 2015 bei.

b)

Mit Schreiben vom 17. August 2015 bestätigte die Beklagte den Antragseingang, bat um Ausfüllung eines Fragebogens und stellte in Aussicht, für die Klägerin einen Termin zur Begutachtung beim MDK zu vereinbaren. Zum Schluss fügte die Beklagte hinzu: „Eine Entscheidung über den Antrag innerhalb der gesetzlichen 5-Wochenfrist ist aus den o.g. Gründen nicht möglich“.

Mit weiterem Schreiben vom 28. September 2015 teilte die Beklagte mit, dass am 8.9.2015 die Unterlagen zur gutachterlichen Stellungnahme an den MDK weitergegeben worden seien und erfahrungsgemäß mit einer Bearbeitungszeit von mindestens 6-8 Wochen zu rechnen sei. Ergänzend wurde noch einmal mit Bezugnahme auf das Schreiben vom 17. August 2015 darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung innerhalb der gesetzlichen Bearbeitungsfrist nicht möglich sei.

Mit weiterem Schreiben vom 7. Oktober 2015 bittet die Beklagte die Klägerin noch um „etwas Geduld“, da das Gutachten des MDK noch nicht vorliege. Weder ein MDK Gutachten noch ein Bescheid der Beklagten sind aktenkundig.

2.

Mit der am 12. Oktober 2015 beim Sozialgericht München eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin zuerst einen Feststellungsantrag, der später – wegen erfolgter Operation – im Schriftsatz vom 28. Juni 2016 auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V umgestellt wurde, ihr Ziel weiter. Sie sieht die Voraussetzungen für eine Genehmigungsfiktion erfüllt.

Die Beklagte macht hinsichtlich der Kostenerstattung geltend, dass diese nur für medizinisch notwendige Leistungen erlangt werden könne.

3.
die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V - die Kosten einer vom 24. Mai bis 29. Mai 2016 stationär durchgeführten bariatrischen Operation in Höhe von 8959,74 € zu erstatten.

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 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 wurde.
Die reine Leistungsklage (aufzuhebende Bescheide liegen nicht vor) bedarf keines Vorverfahrens.

Vorliegend konnte das Gericht darüber hinaus 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.
Die Klägerin hat Anspruch auf die im Fiktivbescheid zugestandene Leistung.

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 31. Juli 2015 entfaltet hier mit dem Ablauf von 5 Wochen (die Einschaltung des MDK wurde mit Schreiben vom 17. August 2015, also noch innerhalb der Dreiwochenfrist, bekannt gegeben – § 13 Absatz 3 a Satz 1 SGB V), d.h. mit Ablauf des 4. September 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 31. Juli 2015 unzweideutig eine „Genehmigung eines bariatrischen Eingriffs (laparoskopische Schlauchmagenanlage)“ 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.

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 17 August 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 beklagtenseits prognostizierten (Fort-)Bestehens eines solchen Verlängerungsgrundes enthalten (BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hier standen insgesamt drei Schreiben der Beklagten vom 17. August, 28. September und 7. Oktober 2015 in Rede. Alle Schreiben sind für eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist untauglich. Im Schreiben vom 17.8.2015 wird noch erwähnt, dass die gesetzliche 5-Wochenfrist nicht eingehalten werden könne. Im Schreiben vom 28. September 2015 wird von einem Begutachtungsbedarf des MDK von „6-8 Wochen“ gesprochen und schließlich wird im Schreiben vom 7. Oktober 2015 schon nur noch „um etwas Geduld“ gebeten. Gemessen an den gesetzlichen Vorgaben einer taggenauen Verlängerungsdauer bedürfen diese Schreiben keiner weiteren Diskussion.

Die 5-Wochen-Frist begann demnach mit dem Tag nach Eingang des Antrags, also am 1. August 2015 und endete mit Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingang entspricht, hier also mit dem 4. September 2015 (vgl. zur Fristberechnung: Bayrisches LSG, Urteil vom 23. Februar 2016, L5 KR 351/14, Juris, Rn 29). Angesichts der Tatsache, dass ein Bescheid beklagtenseits nicht aktenkundig ist, kann die Nichteinhaltung der 5-Wochen-Frist nicht fraglich sein.

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

Bei einem Körpergewicht der Klägerin von 145 kg bei einer Körpergröße von 1,69 m und einem Body-Maß-Index von 50,79 kg/m² kann eine operative Maßnahme nach den interdisziplinären Leitlinien der deutschen Adipositasgesellschaft (Seite 67) auch primär und ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, insbesondere wenn neben dem hohen Body-maß-Index auch schwere Begleit- und Folgekrankheiten zu befürchten sind (was nach den Ausführungen des Adipositaszentrums im hier entscheidungsrelevanten Rahmen nicht zweifelhaft sein kann). Umso mehr muss es sich der Klägerin aus entscheidungsrelevanter individueller Laiensicht bei Antragstellung aufgedrängt haben, dass hier nur noch ein operativer Eingriff Hilfe bringen kann.

Etwaige darüber hinausgehende Überlegungen zur medizinischen Notwendigkeit, die die Beklagte auch nicht weiter auszuführen in der Lage ist, sind damit irrelevant.

Ein rechtsmissbräuchliches Verlangen der Klägerin ist bei dieser Sachlage jedenfalls eindeutig ausgeschlossen.

3.

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

