



Mandant hat Abschrift

Sozialgericht Oldenburg

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

S 6 KR 205/14

In dem Rechtsstreit



- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte Werner und andere,
Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt

gegen

BARMER GEK,
Lichtscheider Straße 89-95, 42285 Wuppertal

- Beklagte -

hat die 6. Kammer des Sozialgerichts Oldenburg auf die mündliche Verhandlung vom 22. Juli 2015 durch den Richter am Sozialgericht Harms sowie die ehrenamtlichen Richter Reichling und Dubrau für Recht erkannt:

- 1. Der Bescheid der Beklagten vom 02.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.08.2014 wird aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf Versorgung mit einem modifizierten Bodylift nach Lockwood (Hüfte, Rücken, Gesäß), der Oberarmrekonstruktion, der Bruststraffung und der Oberschenkelrekonstruktion als genehmigt gilt.**
- 2. Die Beklagte hat der Klägerin die ihr entstandenen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.**

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Gewährung von vier postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung.

Die Klägerin ist bei der beklagten Krankenversicherung gesetzlich krankenversichert.

Die Beklagte übernahm zunächst die Kosten für eine Magenbypass Operation bei der Klägerin, die im Februar 2013 durchgeführt wurde. Die Klägerin nahm in der Folgezeit innerhalb eines Zeitraumes von 8 Monaten 70 Kg ab.

Am 24. März 2014 beantragte sie unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse eine (Zirkuläre Dermofettsektion mit T-Schnitt (modifiziertes Body Lift nach Lockwood), eine Oberarmrekonstruktion, Bruststraffung mit Prothesen sowie eine Oberschenkel Rekonstruktion nach Aly. Zur Begründung führte die Klägerin unter anderem aus, dass Sie aufgrund der großen Gewichtsabnahme unter einer extremen Fettschürze am Bauch mit starker Geruchsbildung und Entzündungen in den Bauchfalten und im Nabel, ständigen Schulter/Nackenproblemen aufgrund der hängenden Brust und einem massiven Hautüberschuss an den Oberarmen leide.

Mit Schreiben vom 24. März 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass zur Prüfung, ob es sich tatsächlich um einen medizinisch notwendigen Eingriff handele, die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt habe zunächst per Aktenlage eventuell aber auch im Rahmen einer persönlichen Vorstellung zu prüfen, ob es sich um einen notwendigen Eingriff handele. Erst sobald dieses Gutachten vorliege, könne über eine Kostenübernahme entschieden werden.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den MDK mit der Begutachtung der Klägerin. Zu diesem Zweck vereinbarte der MDK mit der Klägerin einen Termin zur persönlichen Vorstellung für den 19. Mai 2014.

Der Gutachter des MDK, Dr. Wagener, gelangte am 21. Mai 2014 zu dem Ergebnis, dass nach körperlicher Untersuchung die Fettschürze im Bereich des Abdomens operationswürdig sei. Die von der Klägerin beklagte lose Haut im Brustbereich lasse sich ausreichend mittels BH kompensieren. Die übrigen Operationen fielen in den kosmetischen Bereich.

Mit Schreiben vom 2. Juni 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine Kostenzusage für eine geplante Bodylift-Operation nach Lockwood für den Bereich des Abdomens gegeben werden könne.

Den hiergegen am 25. Juni 2014 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. August 2014 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte unter anderem aus, dass die von der Klägerin begehrten operativen Maßnahmen nicht zum Sachleistungsanspruch der Beklagten gehörten.

Bereits am 16. Juni 2014 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Oldenburg Klage gegen die Beklagte mit dem Ziel erhoben, festzustellen, dass der von ihr gestellte Antrag in Wege der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V als genehmigt gelte. Diese Klage wurde unter dem Aktenzeichen (Az.) S 6 KR 316/14 geführt.

Zudem hat Sie am 12. September 2014 Klage vor dem SG Oldenburg gegen den Bescheid vom 2. Juni 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. August 2014 erhoben.

Mit Beschluss vom 22. Juni 2015 sind diese beiden Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und unter diesem Aktenzeichen weitergeführt worden.

Zur Klagebegründung führt die Klägerin, die anwaltlich vertreten ist, im Wesentlichen aus, dass die Beklagte die fünfwöchige Frist des § 13 Abs. 3 a Satz 1 SGB V nicht eingehalten habe. Eine schriftliche Mitteilung der Beklagten an die Klägerin, man könne diese Frist nicht einhalten, wie Sie in § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V zwingend vorgeschrieben sei, sei zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Folge hiervon sei, dass die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten sei. § 13 Abs. 3 a SGB V sei entsprechend der gesetzgeberischen Intention einer Verfahrensbeschleunigung zugunsten des Versicherten auszulegen, da er Teil des Patientenrechtegesetzes aus dem Jahre 2013 sei. Nach der ausdrücklichen Regelung in § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V könne eine Mitteilung nicht konkludent erfolgen. Die entsprechenden Normen seien in der hier nicht erfolgten Mitteilung zu benennen. Mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion sei das Antragsverfahren in der Hauptsache erledigt und es verbleibe lediglich das Feststellungsinteresse im Sinne einer Feststellungsklage. Dies werde auch in zahlreichen Entscheidungen innerhalb der Sozialgerichtsbarkeit so gesehen. Auch Teile der Kommentarliteratur hätten sich dieser Sichtweise angeschlossen.

Richtig sei, dass die Genehmigungsfiktion nur solche Leistungen erfassen könne, welche die Krankenkasse allgemein als Sachleistung zu erbringen habe. Nur jene Leistungen könnten Gegenstand einer Genehmigungsfiktion sein, die auch Gegenstand einer Genehmigung ohne Fiktion, d. h. durch einen positiven Bescheid, sein könnten. Dies sei vorliegend auch erfüllt. Es gelte insoweit § 137 c SGB V. Die Genehmigungsfiktion selbst sei offensichtlich eingetreten. Denn zwischen dem Antrag und dem Bescheid der Beklagten hätten fast drei Monate gelegen. Auch sei die Voraussetzung von Heilbehandlungskosten nicht Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion, wie z. B. das LSG in NRW am 23.05.2014, Az: L 5 KR 222/14 B ER, entschieden habe. Andernfalls widerspreche dies der Systematik des SGB V, wonach ein Erstattungsanspruch immer aus einem bestehenden Sachleistungsanspruch erwachse. Über dies käme Satz 6 der Vorschrift kein eigener Regelungsgehalt zu, wenn die Annahmen der Beklagten richtig wären. Hinzu käme eine Ungleichbehandlung finanziell schwächerer Versicherter, die sich eine Vornahme der Leistungen und Vorstreckung der Kosten nicht erlauben könnten. Das Merkmal erforderlich in Satz 7 der Vorschrift sei nicht gleichzusetzen mit medizinisch notwendig. Es konkretisiere lediglich die Ausgestaltung der Inanspruchnahme durch die Fiktion einer genehmigten Leistung. Dies folge schon aus der vom Gesetzgeber § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V getroffener Wortwahl. Dort werde die Krankenkasse, anders als in § 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V, zur Erstattung verpflichtet, soweit die Leistung notwendig war. Der materielle Sachleistungsanspruch sei die Folge des Eintritts der Genehmigungsfiktion, nicht dessen Voraussetzung. Würde die Genehmigungsfiktion nicht diese Folgen haben, wäre durch das Patientenrechtegesetz keine Änderung der Rechtslage eingetreten, da die Krankenkasse dann, wie zuvor, sanktionslos weiter prüfen könne.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid der Beklagten vom 2. Juni 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. August 2014 aufzuheben und
2. die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin antragsgemäß mit einem modifizierten Body Lift nach Lockwood (Hüfte, Rücken, Gesäß), der Oberarmrekonstruktion, der Bruststraffung und der Oberschenkelrekonstruktion als Sachleistung zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sinn und Zweck der gesetzlichen Neuregelung, so die Beklagte, sei zum einen die Beschleunigung des Verfahrens. Zum anderen solle die Entscheidung transparenter gemacht werden. Zur Zielerreichung habe der Gesetzgeber die Sanktionsmöglichkeiten der Genehmigungsfiktion mit anschließender Kostenerstattung geschaffen. Die Genehmigungsfiktion könne jedoch nur eintreten, wenn sich Versicherte die beantragte Leistung tatsächlich nach Ablauf der Frist beschafft hätten. Insoweit beziehe sich § 13 Abs. 3 a SGB V ausschließlich auf den sogenannten Beschaffungsweg. Der Versicherten soll nach Ablauf der Fristen nicht mehr entgegen gehalten werden können, wenn Sie sich die Leistung beschafft habe, dass die Krankenkasse bisher über den Antrag noch nicht habe entscheiden können. Die gesamte Systematik des § 13 SGB V sei nämlich auf die Erstattung von Kosten ausgerichtet. Im vorliegenden Fall habe sich die Klägerin die streitigen Leistungen nicht selbst beschafft.

Hinzu komme, dass durch die Genehmigungsfiktion der Leistungsrahmen nicht ausgeweitet werde. Die beantragten Leistungen müssten zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen könnten demzufolge nicht durch § 13 Abs. 3 a SGB V von der Krankenkasse übernommen werden. Ein Anspruch auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche Maßnahmen bestehe weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen noch im Wege der Kostenerstattung. Es werde insoweit auch Bezug genommen auf die Entscheidung des LSG Nordrhein-Westfalen vom 26.05.2014 zum Az: L 16 KR 154/14.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitgegenstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Prozessakten. Diese lagen vor und waren Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist als Anfechtung und Feststellungsklage zulässig und begründet.

I.

Bei sachdienlicher Auslegung des Klagebegehrens, § 123 Sozialgerichtsgesetz (SGG), beinhaltet die Klage vom 12. September 2014 in Bezug auf dem Bescheid der Beklagten vom 2. Juni 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. August 2014 eine reine Anfechtungsklage, § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG. Soweit die Klägerin mit Ihrer Klage auch die tatsächliche Durchführung der von Ihr beantragten Leistungen durchsetzen möchte, scheidet ein kombinierter Leistungsantrag nach § 54 Abs. 4 oder Abs. 5 SGG aus, denn es liegt bereits eine - wenn auch nur fingierte - Genehmigung vor, wie aus dem Nachstehenden deutlich werden wird. Das Gericht legt somit den Klageantrag als Feststellungsantrag nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG aus (vgl. hierzu: Vogel, die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a SGB V - ein gesetzgeberisches Kuckucksei?, NZS, 2014, S. 210 f.).

II.

Die so verstandene Klage ist begründet, weil die ergangenen Bescheide rechtswidrig sind, die Klägerin in Ihren Rechten verletzt (dazu 2.) und die von der Klägerin beantragten Leistungen als genehmigt gelten (dazu 1.).

1. a) Für die beantragten Leistungen greift die Genehmigungsfiktion aus § 13 Abs. 3 a SGB V. Gemäß § 13 Abs. 3 a 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 gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Diese Frist im vorliegenden Fall ersichtlich nicht eingehalten worden. Die Klägerin hat Ihren Antrag im März gestellt, den die Beklagte erst am 2. Juni 2014 entschieden hat, also erheblich nach Ablauf der 3 wöchigen bzw. 5 wöchigen Frist.

Folge der Nichteinhaltung der Frist ist der Eintritt der Genehmigung der Leistung: § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V legt fest, dass, wenn die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten kann, Sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilt. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt, § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V. Da die Beklagte keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes vorgenommen hat gilt die Leistung als genehmigt. Eine hinreichende Mitteilung über Gründe der Verzögerung im Sinne des § 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V setzt nämlich zwingend eine ausdrückliche schriftliche Klarstellung voraus, welche gesetzliche Entscheidungsfrist einschlägig ist und warum diese gegebenenfalls nicht eingehalten werden kann (so auch: SG Gießen, Urteil vom 26.06.2015 - S 7 KR 429/14 - nach *Juris*). Versäumt es die Krankenkasse das Verfahren von Beginn an so zu betreiben, dass ein Abschluss innerhalb der vorgesehen Entscheidungsfrist erzielt werden kann, fehlt es grundsätzlich an einem hinreichenden Grund einer Verzögerung (SG Gießen, aaO). Im vorliegenden Fall hat die Beklagte noch nicht einmal gegenüber der Klägerin kenntlich gemacht, dass Sie über den Antrag binnen einer Frist von fünf Wochen zu entscheiden hatte. In dem Schreiben vom 24. März 2014 hat die Beklagte lediglich unspezifisch auf das Erfordernis einer medizinischen Sachverhaltsermittlung durch den MDK hingewiesen, ohne weitere Angaben über die gesetzlichen Fristen zu machen. Damit hat Sie den Normzweck der Regelung unterlaufen, der darin besteht, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine selbst Beschaffung zulässig sein wird (vgl. hierzu: SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 - S 6 KR 160/13 - nach *Juris*).

b) Die Genehmigungsfiktion gilt auch für den Fall eines geltend gemachten Sachleistungsanspruchs. Eine Beschränkung auf einen bloßen Kostenerstattungsanspruch, wie von der Beklagten angenommen, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Nach dem klaren Wortlaut des § 13 Abs. 3 a SGB V gewähren die Sätze 6 und 7 mittels Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder Kostenerstattungsanspruch. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst nur einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie der Entwurf des Patientenrechtegesetz (PatrechtG) zeigt (BR-Drucks. 12/12, S. 46). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710, S. 30), um es den Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehenden Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und 7 - ohne weitere Einschränkungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander.

Zudem schlosse eine andere Auslegung mittellose oder wirtschaftlich schwächere Versicherte, die nach dem Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots aus Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3 a SGB V de facto aus, wie der Prozessbevollmächtigte der Klägerin zurecht ausgeführt hat.

2. Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistungen durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Dieser fingierte Verwaltungsakt ist auch nicht - konkludent - durch die von der Beklagten erlassene Bescheide vom 2. Juni 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. August 2014 aufgehoben worden. Selbst wenn man eine konkludente Aufhebung von Verwaltungsakten für möglich erachtet (vgl. für das Verwaltungsrecht z. B. Kopp/Ramsauer, VwVfG, 9. Auflage, § 48, Rn. 29) sind vorliegend die Voraussetzung für eine Aufhebung nach § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), der aufgrund der dann anzunehmenden anfänglichen Rechtswidrigkeit der Genehmigungsfiktion Anwendung findet, nicht erfüllt.

Die Beklagte hat bereits das hierfür erforderliche Anhörungsverfahren nicht durchgeführt, so dass der Bescheid vom 2. Juni 2014 bereits formell rechtswidrig ist. Hinzukommt, dass die Beklagte das gemäß § 45 Abs. 1 und 2 SGB X auszuübende Ermessen weder erkannt noch ausgeübt hat. Bereits aus diesem Grund ist der Bescheid auch materiell rechtswidrig. Schließlich sind auch die Tatbestandsvoraussetzungen des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 bis 3 SGB X nicht erfüllt. Insbesondere ist der Verwaltungsakt weder aufgrund unzutreffender Angaben der Klägerin zustande gekommen, noch hat die Klägerin die vermeintliche Rechtswidrigkeit grob fahrlässig nicht erkannt hat.

Die Bescheide sind daher aufzuheben.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Oldenburg, Schloßwall 16, 26122 Oldenburg, schriftlich oder zur Niederschrift 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.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Oldenburg, Schloßwall 16, 26122 Oldenburg, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Harms

Beglaubigt

Felsmann
Justizfachangestellte

