

S 48 KR 1792/14



Sozialgericht Hamburg

Urteil

Im Namen des Volkes

In dem Rechtsstreit



- Kläger -

Prozessbevollmächtigte(r):
Rechtsanwalt Tim C. Werner
Windthorststraße 62
65929 Frankfurt

g e g e n

DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

- Beklagter -

Verkündet am
22.12.2016

Otte, Justizfachangestellte

hat die Kammer 48 des Sozialgerichts Hamburg aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 22. Dezember 2016 durch

die Richterin am Sozialgericht Ritter,
die ehrenamtliche Richterin Wiebe,
die ehrenamtliche Richterin Weiland

für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 10.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.03.2016 verurteilt, den Kläger mit einem Bodylift nach Lockwood als Sachleistung zu versorgen.**
- 2. Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten des Klägers.**

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Versorgung mit einem Bodylift im Rahmen einer stationären Behandlung.

Der 1958 geborene, bei der Beklagten versicherte Kläger unterzog sich im April 2014 einer Magenbypass-Operation. Am 28.10.2014 stellte er unter Vorlage einer Fotodokumentation sowie einer Krankenhausverordnung vom 25.09.2014 und eines Arztbriefes vom 22.10.2014 von Prof. Dr. Hoch persönlich einen Antrag auf Kostenübernahme eines Bodylifts nach Lockwood. Als Diagnose ist eine drastische Gewichtsabnahme mit Haut-Subcutisüberschüssen abdominal und gluteal, mit rezidivierenden intertrigenösen Dermatiden und funktioneller Einschränkung (beim Sitzen durch massive Faltenbildung) genannt.

Die Beklagte beteiligte den MDK, der in seiner Stellungnahme von Dr. Wendler vom 10.11.2014 zu dem Ergebnis gelangte, dass es sich bei der begehrten Operation um ein überwiegend kosmetisches Behandlungsziel handele. Es liege eine abdominelle lipokutane Erschlaffung ohne Krankheitswert vor.

Mit Bescheid vom 10.12.2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme unter Bezugnahme auf das Ergebnis der Beurteilung des MDK ab.

Mit Schreiben vom 10.12.2014 berief sich der Kläger auf die Vorschrift des § 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und wünschte eine Bestätigung der Leistungsgewährung. Mit Schreiben vom 16.12.2014 verwies die Beklagte auf den Bescheid vom 10.12.2014.

Am 18.12.2014 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Hamburg erhoben. Er macht geltend, dass aufgrund der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V Anspruch auf den begehrten Bodylift bestehe. Die Beklagte habe die maßgebliche Fünf-Wochen-Frist nicht eingehalten. Eine Prüfung der Erforderlichkeit der Sachleistung sei infolge dessen nicht vorzunehmen. Die Genehmigungsfiktion stehe einem Bewilligungsbescheid gleich, der nach dem Willen des Gesetzgebers den Zweck einer Sanktion verfolge. Diese Ansicht sei inzwischen in Rechtsprechung und Literatur vorherrschend.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 10.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.03.2016 zu verurteilen, den Kläger mit einem Bodylift nach Lockwood als Sachleistung zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Nach ihrer Auffassung bestehe ein Anspruch auf Kostenerstattung nur, wenn der Versicherte sich die Leistung nach Ablauf der in § 13 Abs.3a Sätze 1 und 4 SGB V genannten Fristen die Leistung selbst beschafft habe. Die Norm ziele auf die Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens ab, solle aber nicht das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung unterlaufen. Dies ergebe sich aus dem Umstand, dass sich die ursprüngliche Gesetzesfassung des Satzes 6 an § 15 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch orientiert habe und die Neufassung des Satzes 6 nur damit begründet worden sei, dass eine eigene Fristsetzung durch den Versicherten vor der Selbstbeschaffung nicht mehr notwendig sei. Eine enge Wortlautauslegung des Satzes 6 der Vorschrift sei nicht mit dem Regelungsgehalt des nachfolgenden Satzes, der einen Kostenerstattungsanspruch nur für die Selbstbeschaffung einer erforderlichen Leistung einräume, vereinbar. Für den eingeschränkten Anwendungsbereich spreche auch das systematische Argument, dass im Rahmen des § 13 SGB V nur Kostenansprüche für selbstbeschaffte Leistungen geregelt seien, die als Sachleistung beansprucht werden könnten.

Am 10.03.2016 hat die Beklagte einen Widerspruchsbescheid erlassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte nebst Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 22.12.2014 und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die nach Erlass des Widerspruchsbescheids zulässig gewordene Klage ist begründet.

Nach § 13 Abs. 3a Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der auf dem Patientenrechtsgesetz vom 20.2.2013 beruht und zum 26.02.2013 in Kraft getreten ist, hat die 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (§ 13 Abs. 3a S 2 SGB V). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs. 3a S 3 SGB V). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs. 3a S 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a S 6 SGB V). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (§ 13 Abs. 3a S 7 SGB V).

Die Voraussetzungen liegen vor, weil im vorliegenden Fall ein Fristablauf ohne eine weitere Mitteilung von Gründen durch die Beklagte eingetreten ist. Diese gesetzliche Fiktion muss nämlich erst recht eintreten, wenn die Krankenkasse, wie vorliegend überhaupt keine Mitteilung gemacht hat.

Nach Auffassung der Kammer tritt die Rechtsfolge des § 13 Abs. 3a SGB v unabhängig davon ein, ob ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestehen würde. Hierbei schließt sich die Kammer der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 08. März 2016 – B 1 KR 25/15 R –, juris) an, wonach Voraussetzung für das Eingreifen der Genehmigungsfiktion ist, dass der Leistungsberechtigte die beantragte Leistung für subjektiv für erforderlich halten durfte und diese nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass das BSG eine weitere Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit nicht voraussetzt.

Diese Auslegung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V entspricht dem klaren Wortlaut der Regelung, die die ausdrückliche Formulierung „gilt die Leistung ... als genehmigt“ enthält. Sie ent-

spricht auch der Rechtsfolge des § 42a Verwaltungsverfahrensgesetz, die als allgemeine Norm für Genehmigungsverfahren herangezogen werden kann (Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 11/16, § 13 SGB V, Rn 58 I). Die darin vorgesehene Genehmigungsfiktion tritt ebenfalls unabhängig von der materiellen Rechtslage ein (Krüger, NZS 2016, 523). Diesem Ergebnis kann nicht der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 7 entgegengehalten werden, der die Kostenerstattung auf „eine erforderliche Leistung“ beschränkt. Denn die die Fiktionswirkung des Satzes 6 schließt die Erforderlichkeit der Leistung nach Art und Umfang ein (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23. 5. 2014 - L 5 KR 222/14, B ER, juris ; LSG Saarland, Urteil v. 17. 6. 2015 - L 2 KR 180/14, juris; LSG S-H, Beschl. v. 20. 1. 2016 - L 5 KR 238/15 B ER). Die gegenteilige Auffassung beachtet nicht, dass die Vorschrift ansonsten keinen eigenen Regelungsgehalt hätte (SG Marburg, Urteil vom 15. Januar 2015 – S 6 KR 160/13 –, juris). Andernfalls hätten die Sätze 6 und 7 wie folgt zusammengefasst werden können: „Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, darf der Leistungsberechtigte sich die Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen; macht er hiervon Gebrauch, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen notwendigen Kosten verpflichtet“ (zust. LSG Schleswig-Holstein, Beschluss. v. 20. 1. 2016 - L5 KR 238/15 B ER). Für diese Auslegung spricht schließlich der Sanktionscharakter der Norm (vgl hierzu Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr. 1), der nicht gegeben wäre wenn materielle Einwände greifen.

Begründet die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V mithin eine gesetzliche Genehmigungsfiktion, so ist die begehrte Leistung von der Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen. Die fingierte Genehmigung steht einem ausdrücklichen bewilligenden Verwaltungsakt gleich. Diese Ansicht vertritt auch das BSG, wonach „die Genehmigungsfiktion zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch begründet, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl § 13 Abs. 3a S 7 SGB V)“ (BSG a.a.O.). Diese Auslegung berücksichtigt nach Auffassung des BSG auch diejenigen Versicherten, die die begehrte Leistung nicht vorfinanzieren und sich die Leistung deshalb nicht selbst beschaffen können (vgl. BSG a.a.O., Rn. 25, vgl. LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - Juris).

Die vom Kläger beantragte stationäre Bodylift-Behandlung galt wegen Fristablaufs als genehmigt. Denn der Kläger stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag, den er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt. Diesen Antrag beschied

die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S 1 SGB V, ohne dem Kläger hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen,

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 SGB X hinreichend bestimmt ist. Hieran bestehen keine Zweifel. Nach der Rechtsprechung des BSG bewirkt die Begrenzung auf erforderliche Leistungen eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. 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 (BSG a.a.O.).

Die streitige stationäre Behandlung ist Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung und daher nicht grundsätzlich von der GKV ausgeschlossen. Hiervon ist auch die Beklagte ausgegangen, die zur Prüfung dieser Voraussetzungen den MDK eingeschaltet hat. Vor dem Hintergrund der ausführlichen medizinischen Begründung für die Behandlung des die Verordnung zur Krankenhausbehandlung ausstellenden Arztes Prof. Dr. Hoch durfte der Kläger die Leistung auch für erforderlich halten.

Der persönlich gestellte Antrag des Klägers auf Kostenübernahme vom 28.10.2014 wurde unstreitig nicht innerhalb von 5 Wochen entschieden. Die Entscheidungsfrist endete gemäß § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. §§ 187 Absatz 1 und 188 Absatz 2 Satz 1 BGB am 02.12.2014. Die Beklagte traf ihre ablehnende Entscheidung jedoch erst mit Bescheid vom 10.12.2014, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Hamburg, **Dammtorstraße 7, 20354 Hamburg**, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder schriftlich bei der Gemeinsamen Annahmestelle für das Landgericht Hamburg, das Amtsgericht Hamburg und weitere Behörden, Sievekingplatz 1, 20355 Hamburg, oder durch ein mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehenes und elektronisch übermitteltes Dokument (§ 65 a Sozialgerichtsgesetzes - SGG - i.V.m. der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Hamburg vom 28. Januar 2008 in der jeweils geltenden Fassung) einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht Hamburg, **Dammtorstraße 7, 20354 Hamburg**, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder durch ein mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehenes und elektronisch übermitteltes Dokument (§ 65 a Sozialgerichtsgesetzes - SGG - i.V.m. der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Hamburg vom 28. Januar 2008 in der jeweils geltenden Fassung) eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Frist 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 Hamburg schriftlich oder durch ein mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehenes und elektronisch übermitteltes Dokument (§ 65 a Sozialgerichtsgesetzes - SGG - i.V.m. der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in Hamburg vom 28. Januar 2008 in der jeweils geltenden Fassung) zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

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.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass für das Verfahren vor dem Landessozialgericht einem Beteiligten auf seinen Antrag unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

gez. Ritter
Vorsitzende

Der Berufungsschrift, allen folgenden Schreiben und nach Möglichkeit den Unterlagen sollen Kopien für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Ausgefertigt
Hamburg, den 16.01.2017

Otto Justizfachangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

