

S 36 KR 3426/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Köln (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
36
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 36 KR 3426/18
Datum
28.10.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Der Bescheid vom 08.05.2018 bzw. 11.05.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.10.2018 wird aufgehoben. 2. Die Beklagte wird verurteilt, die Klägerin mit einem unteren zirkumferenziellen Bodylift, einer Oberschenkelstraffung beidseits und einer Bruststraffung inklusive Augmentation mit Silikonimplantaten zu versorgen. 3. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Streitig ist die Versorgung der Klägerin mit einem unterem zirkumferenziellem Bodylift, einer beidseitigen Oberschenkelstraffung sowie einer Bruststraffung und Augmentation mit Silikonimplantaten.

Unter Vorlage einer Therapieempfehlung des Katholischen Krankenhauses Hagen vom 17.01.2018 beantragte die Klägerin am 28.03.2019 bei der Beklagten die Kostenübernahme folgender Wiederherstellungsoperationen nach massiver Gewichtsreduktion: unteres zirkumferenzielles Bodylift, Oberschenkelstraffung beidseits sowie Bruststraffung und Augmentation mit Silikonimplantaten. Die Beklagte forderte die Klägerin mit Schreiben vom 29.03.2019 auf, Fotos der betroffenen Stellen bis zum 11.04.2018 einzureichen. Sobald bis zum oben genannten Datum alle notwendigen Informationen vorlägen, würde die Beklagte die Ärzte des MDK einbinden und um Begutachtung bitten. Die Klägerin werde schnellstmöglich, spätestens bis zum 16.05.2018, über die Entscheidung benachrichtigt werden. Des Weiteren enthielt das Schreiben folgenden Hinweis:

"Bitte beachten Sie, dass die beantragte Leistung bis zum 16.05.2018 noch nicht als genehmigt gilt."

Die Klägerin reichte daraufhin die angeforderten Fotos am 10.04.2018 bei der Beklagten ein. Nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens des MDK Nordrhein vom 26.04.2018 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 08.05.2018/11.05.2018 ab.

Hiergegen legte die Klägerin am 11.06.2018 Widerspruch mit der Begründung ein, sie habe durch diverse Adipositas Therapien ihr gesamtes Übergewicht verloren. Durch den Gewichtsverlust habe sich allerdings die Haut nicht vollständig zurückgebildet. Es seien diverse Haut- und Weichteilmantelüberschüsse verblieben, die bei der Klägerin funktionelle Einschränkungen, rezidivierende Entzündungen und Schmerzen in den betroffenen Arealen verursachen würden. Die einzig verfügbare kurative Therapie sei die chirurgische Entfernung der überschüssigen Haut. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17.01.2018 zurück. Auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen und der Feststellungen durch den MDK sei nicht davon auszugehen, dass die begehrten Operationen zur Behandlung einer Krankheit erforderlich seien.

Die Klägerin hat am 13.11.2018 Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, die Beklagte habe die fünf-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1](#), 2. Alt. SGB V nicht eingehalten. Eine rechtzeitige Mitteilung sei nicht erfolgt. Es fehle bereits die Information, dass eine der Fristen des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht eingehalten werden könne. Als Folge hiervon sei die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid vom 08.05.2018 bzw. 11.05.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.10.2018 aufzuheben.
2. die Beklagte zu verurteilen, die Klägerin mit einem unteren zirkumferenziellen Bodylift, einer Oberschenkelstraffung beidseits und einer Bruststraffung inklusive Augmentation mit Silikonimplantaten zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, eine Genehmigungsfiktion sei nicht eingetreten. Mit dem Schreiben vom 29.03.2018 sei der Zeitpunkt, zu welchem eine Genehmigungsfiktion eintreten konnte, hinausgeschoben worden. Die angefochtene Entscheidung vom 08.05.2018 sei auch vor Ablauf der sich daraus ergebenden Frist (bis zum 16.05.2018) getroffen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die darin befindlichen gewechselten Schriftsätze, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

I. Als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist die Klage zulässig. Mit der Leistungsklage kann eine Leistung begehrt werden, auf die ein Rechtsanspruch besteht, soweit ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Diese Prozesssituation ist vorliegend gegeben, da die Klägerin ihren Anspruch auf [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) bzw. [§ 13 Abs. 3a S. 7](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) stützen kann. Mit Eintritt der darin geregelten Fiktion besteht der Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung, ohne dass hierüber noch ein Bescheid der Beklagten zu erteilen wäre (vgl. u.a. SG Gelsenkirchen 02.10.2014 – [S 11 KR 180/14](#) mwN). Mit der Anfechtungsklage verfolgt die Klägerin zulässigerweise das Ziel, einen Verwaltungsakt, zu dessen Erlass die Beklagte über den Widerspruchsausschuss nicht befugt war, zu beseitigen, um sich nicht mit dem Risiko zu belasten, dass dieser später in anderem Zusammenhang unzutreffend als bestandskräftiger Verwaltungsakt qualifiziert wird (vgl. SG Gelsenkirchen 02.10.2014 – [S 11 KR 180/14](#) mwN).

II. Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid vom 08.05.2018 der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.10.2018 hält einer gerichtlichen Überprüfung nicht stand; die Klägerin wird hierdurch im Sinne von [§ 54 SGG](#) beschwert. Die Klägerin hat nach dem am 28.03.2018 gestellten Antrag einen (Leistungs-)Anspruch auf Kostenübernahme der beantragten Wiederherstellungsoperationen (unteres zirkumferenzielles Bodylift, Oberschenkelstraffung beidseits sowie Bruststraffung und Augmentation mit Silikonimplantaten) nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#).

Nach [§ 13 Abs. 3a 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 gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

1. Die Klägerin hat mit ihrem Antrag vom 28.03.2018 die Kostenübernahme von Wiederherstellungsoperationen nach massiver Gewichtsreduktion in Form eines unteren zirkumferenziellen Bodylift, einer Oberschenkelstraffung beidseits sowie einer Bruststraffung und Augmentation mit Silikonimplantaten in hinreichend bestimmter Form gestellt. In diesem Antrag unter Vorlage einer Therapieempfehlung des Katholischen Krankenhauses Hagen sind die geltend gemachten Leistungen hinreichend konkret angegeben.

2. Die Beklagte hat nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs. 3a S 1 SGB V](#) über den gestellten Antrag entschieden, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Vorliegend ist die Frist von fünf Wochen maßgeblich, da die Beklagte eine gutachterliche Stellungnahme des MDK eingeholt hat. Die Frist begann gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1 BGB](#) am 29.03.2018 und endete am 02.05.2018. Die Beklagte entschied erst am 08.05.2018 über den Antrag der Klägerin. Die Beklagte hat auch nicht gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) einen hinreichenden Grund für die Verzögerung mitgeteilt. Die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#), juris Rn. 20.). Vorliegend hat die Beklagte mit Schreiben vom 29.03.2018 die Klägerin gebeten, weitere Unterlagen vorzulegen. Sie hat zudem darauf hingewiesen, dass sie nach Vorlage der Unterlagen den MDK um Begutachtung bitten wolle und die beantragte Leistung bis zum 16.05.2018 noch nicht als genehmigt gelte. Dies genügt nicht den Anforderungen einer Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#). Denn die Beklagte hat nicht darauf hingewiesen, dass sie die gesetzliche Frist von fünf Wochen nicht einhalten kann. Zu den Anforderungen einer Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5](#) hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in seinem Urteil vom 03.11.2016 (Az. [L 5 KR 197/15](#), juris Rn. 17) ausgeführt:

"Diese Mitteilung muss (1.) die Aussage enthalten, dass die im Gesetz vorgesehene Entscheidungsfrist von drei bzw. fünf Wochen nicht eingehalten werden kann, sie muss (2.) einen hinreichenden Grund für die Verzögerung und (3.) die voraussichtliche Dauer der Verzögerung taggenau benennen (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#), juris Rn. 20). Im vorliegenden Fall enthält das Schreiben der Beklagten vom 29.03.2018 bereits nicht die Aussage, dass die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist nicht eingehalten werden kann. Auf diese Aussage kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn - wie hier - vom Leistungsberechtigten weitere Unterlagen angefordert oder anderer Mitwirkungshandlungen verlangt werden. Zwar mag es für den Leistungsberechtigten in diesen Fällen nahe liegen, dass eine Entscheidung der Krankenkasse jedenfalls nicht vor Erfüllung der verlangten Mitwirkung ergehen wird. Dies führt jedoch noch nicht zwangsläufig zu einem Entfallen oder einer Verlängerung der Frist. Für den Fall einer Versagung oder Entziehung der Leistung wegen fehlender Mitwirkung verlangt [§ 66 Abs. 3](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), dass der Leistungsberechtigte zuvor auf diese Folge (Versagung oder Entziehung der Leistung) schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist. Da der Nichteintritt der Genehmigungsfiktion bei fehlender Mitwirkung einer Versagung der Leistung wegen fehlender Mitwirkung gleichkäme, geht der Senat unter Berücksichtigung des Wortlauts des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) und der gesetzlichen Wertung des [§ 66 Abs. 3 SGB I](#) davon aus, dass auch im Rahmen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bei einem Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse die fiktive Genehmigung nur dann nicht eintritt, wenn dem Leistungsberechtigten für seine Mitwirkung eine angemessene Frist gesetzt wurde und er

auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hingewiesen wurde. Im Rahmen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) bedeutet dies, dass die Genehmigungsfiktion nicht automatisch entfällt oder erst später eintritt, wenn die Krankenkasse von dem Leistungsberechtigten eine Mitwirkung verlangt. Vielmehr tritt die fristgebundene Genehmigungsfiktion bei einer fehlenden Mitwirkung nur dann nicht ein, wenn die Krankenkasse dem Leistungsberechtigten vor Ablauf der Drei- bzw. Fünf-Wochenfrist zu einer Mitwirkung auffordert, ihm eine Frist für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht setzt und darauf hinweist, dass jedenfalls bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflicht die gesetzlich vorgesehene Genehmigungsfiktion nicht eintritt."

Diesen Ausführungen schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung vollumfänglich an.

Selbst wenn die Beklagte in ihrem Schreiben vom 29.03.2018 auf die im Gesetz vorgesehene Entscheidungsfrist von fünf Wochen hingewiesen hätte, würde dieses Schreiben im vorliegenden Fall jedoch auch aus einem weiteren Grund nach Ansicht der Kammer nicht ausreichen, den Eintritt der Rechtsfolge des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) zu verhindern. So sieht der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) ausdrücklich vor, dass die Krankenkasse dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe schriftlich mitzuteilen hat, wenn sie die Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 oder 4 SGB V](#) nicht einhalten kann. Dies setzt voraus, dass die Krankenkasse Kenntnis darüber hat, dass die Frist auch tatsächlich nicht eingehalten werden kann. Eine Mitteilung hat also dann zu erfolgen, wenn die Krankenkasse im Laufe des Verfahrens bemerkt, dass die Frist nicht eingehalten werden kann. Vorliegend hat die Beklagte der Klägerin vorsorglich mitgeteilt, dass die beantragte Leistung bis zum 16.05.2018 noch nicht als genehmigt gelte. Selbst wenn die Benennung dieser Frist aufgrund von gewissen Erfahrungswerten erfolgt sein sollte, hat eine erforderliche Mitwirkungshandlung der Klägerin (hier: Vorlage von Fotos) und die Begutachtung des MDK nicht zwangsläufig zur Folge, dass die im Gesetz vorgesehene Frist von fünf Wochen nicht eingehalten werden kann. Die Klägerin hätte die Fotos früher (direkt nach Erhalt des Schreibens vom 29.03.2018) vorlegen können und das Gutachten des MDK hätte auch zeitlich schneller erstattet werden können. Hierauf hatte die Beklagte keinen Einfluss. Sie kann sich deshalb aber auch nicht im Vorhinein exkulpieren, indem sie eine gesetzlich vorgegebene Frist verlängert, ohne zu wissen, ob es ihr überhaupt möglich ist, die gesetzliche Frist einzuhalten.

Die beantragte Leistung galt damit ab dem 03.05.2018 als genehmigt. Der Verfügungssatz eines genehmigenden begünstigenden Verwaltungsakts regelt, dass der Antragsteller die beantragte Leistung in Anspruch nehmen darf und sich die Kasse unter Ausschluss aller Einwendungen zur Leistung verpflichtet; die Regelung wird mit der Bekanntgabe des Verwaltungsakts gemäß [§ 39 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gegenüber dem Adressaten wirksam. Durch die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen (s. hierzu BSG, Urteil vom 08.03.2016, [B 1 KR 25/15](#); BSG, Urteil vom 11.07.2017, [B 1 KR 26/16 R](#); BSG, Urteil vom 26.09.2017, [B 1 KR 8/17 R](#)). Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (BSG, aaO). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen. Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden (s. LSG NRW 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#)). Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen (s. LSG NRW 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#)) oder sich die Genehmigungsfiktion allein auf den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#) beziehen würde.

Vorliegend bezieht sich die Genehmigungsfiktion somit auf die Kostenübernahme der beantragten Wiederherstellungsoperationen (unteres zirkumferenzielles Bodylift, Oberschenkelstraffung beidseits sowie Bruststraffung und Augmentation mit Silikonimplantaten).

3. Die hier beantragte Kostenübernahme der beantragten Wiederherstellungsoperationen ist insofern auch eine Leistung, die die Klägerin für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung gelegen hat. Weder der Eintritt der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a S 6 SGB V](#) noch der Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a S 7 SGB V](#) setzen voraus, dass die Leistung objektiv medizinisch notwendig und vom Leistungsumfang der GKV umfasst ist. Voraussetzung dafür ist vielmehr lediglich, dass der Versicherte subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen durfte (BSG Urteil vom 8.3.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#), BSG, Urteil vom 11.05.2017, [B 3 KR 30/15 R](#)). Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl. [§ 13 Abs. 3a S 7 SGB V](#)). Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (vgl. LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) - Juris RdNr 7 mwN). 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). Vorliegend durfte die Klägerin bei Antragstellung die beantragte Leistung aufgrund der Ausführungen des Katholischen Klinikums Hagen jedenfalls subjektiv für erforderlich halten.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2020-02-20