
Datum: 22.10.2015
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 3. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 3 KR 336/15
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2015:1022.S3KR336.15.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Der Bescheid der Beklagten vom 29.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.08.2015 wird aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Antrag der Klägerin vom 23.04.2015 auf Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation als genehmigt gilt. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation. 2
- Die 1991 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Sie leidet unter einer Adipositas mit einem BMI von 58. 3
- Mit Schreiben vom 23.04.2015 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation. Der Antrag ging bei der Beklagten am gleichen Tag ein. 4
- Dr. Q (MDK) kam in einem Gutachten nach Aktenlage am 28.04.2015 zu der Einschätzung, zur Behandlung der morbidten Adipositas stünden konservative Behandlungsmethoden zur Gewichtsreduzierung zur Verfügung. 5

Mit Schreiben der Beklagten vom 06.05.2015 teilte diese der Klägerin mit, dass seitens des MDK die geplante minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation nicht befürwortet werde. Weiter heißt es in diesem Schreiben wörtlich wie folgt: "Wir beabsichtigen die Kostenübernahme für eine bariatrische Operation für Frau T abzulehnen. Sie haben die Gelegenheit sich bis zum 23.05.2015 dazu zu äußern."	
Die Beklagte lehnte den Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 29.05.2014 ab.	7
Hiergegen hat die Klägerin Widerspruch eingelegt.	8
Am 01.07.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie führt zur Begründung aus, ein Kostenübernahmeanspruch bestehe bereits deshalb, da die Beklagte zu spät über ihren Leistungsantrag entschieden habe.	9
Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 25.08.2015 als unbegründet zurück. Ergänzend macht sie geltend, der Klägerin sei bereits mit Schreiben vom 06.05.2015 mitgeteilt worden, dass eine Ablehnung des Leistungsantrags erfolgen müsse.	10
Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,	11
unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 29.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.08.2015 festzustellen, dass ihr Antrag auf Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation als genehmigt gilt.	12
Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,	13
die Klage abzuweisen.	14
Sie verweist zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide.	15
Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.	16
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten waren Gegenstand der Entscheidung.	17
Entscheidungsgründe:	18
Das Gericht konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben.	19
Die Klage ist zulässig. Richtige Klageart ist gemäß §§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage. Die Klägerin hat ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung, dass ihr Antrag auf Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation als genehmigt gilt. Als berechtigt gilt ein Interesse jeglicher wirtschaftlicher und ideeller Art. Es besteht insbesondere bei Unsicherheit über die Rechtslage. Hier bestreitet die Beklagte einen Leistungsanspruch der Klägerin, was ein Feststellungsinteresse begründet.	20

Die Klage ist auch begründet. Durch die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gilt der Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme für eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Operation als genehmigt. Der dem entgegenstehende Bescheid der Beklagten vom 29.05.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.08.2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin dadurch gemäß § 54 Abs. 2 SGG in ihren Rechten.

Gemäß §§ 11 Abs. 1, 27 Abs. 1 SGB V haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Behandlung einer Krankheit. Nach § 12 Abs. 1 SGB V muss die Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die bei der Klägerin diagnostizierte Adipositas stellt eine behandlungsbedürftige Erkrankung dar. Eine Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht.

22

Der Leistungsanspruch der Klägerin ergibt sich vorliegend aufgrund einer Genehmigungsfiktion. Maßgebliche Vorschrift ist hier § 13 Abs. 3a SGB V, welche mit Wirkung vom 26.02.2013 durch Art. 2 Nr. 1 i.V.m. Art. 5 des Patientenrechtegesetzes vom 20.02.2013 (Bundesgesetzblatt I, S. 277 bis 282) eingefügt worden ist. Die Sätze 1 bis 7 der Norm haben folgenden Wortlaut:

23

"Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) eingeholt wird, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von 3 Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von 4 Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet."

24

Vorliegend ist der Antrag der Klägerin bei der Beklagten am 23.04.2015 eingegangen. Die Entscheidungsfristen für die Krankenkassen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V sind nach §§ 26 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1, 187, 188 und 193 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu bestimmen. Die Frist beginnt, da der sie auslösende "Antragseingang" ein Ereignis im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB darstellt, am folgenden Tage. Nach § 188 Abs. 2 Satz 1 BGB enden die Wochenfristen grundsätzlich mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingang entspricht (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rz. 50i). Der Antrag der Klägerin war vollständig, hinreichend bestimmt und bei der richtigen Krankenkasse gestellt. Die Entscheidungsfrist begann damit am 24.04.2015. Nach unverzüglicher Einschaltung des MDK galt die Fünfwochenfrist. Diese endete mit Ablauf des 28.05.2015. Die Beklagte hat innerhalb dieser Frist nicht über den Leistungsantrag der Klägerin entschieden. Sie hat der Klägerin auch nicht schriftlich mitgeteilt, dass sie es innerhalb der gesetzlichen Fristen nicht schafft, über den Antrag zu entscheiden. Die hinreichende Mitteilung über Gründe der Verzögerung im Sinne des § 13 Abs. 3a S 5 SGB V setzt zwingend eine ausdrückliche

25

schriftliche Klarstellung voraus, welche gesetzliche Entscheidungsfrist einschlägig ist und warum diese ggf. nicht eingehalten werden kann (vgl. Sozialgericht Gießen, Urteil vom 26.06.2015, S 7 KR 429/14; zitiert nach www.juris.de). Die Ablehnungsentscheidung der Beklagten vom 29.05.2015 war verspätet. Der Leistungsantrag der Klägerin gilt nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt.

Durch das Schreiben vom 06.05.2015 hat die Beklagte den Leistungsantrag der Klägerin nicht abgelehnt. Dies ergibt sich aus dem eindeutigen Wortlaut, nach dem eine endgültige Entscheidung erst nach Ablauf der der Klägerin eingeräumten Anhörungsfrist ergehen sollte.

26

Durch die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Die Leistungsberechtigung des Antragstellers ist wirksam verfügt und die Krankenkasse ist mit allen Einwendungen, insbesondere im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V ausgeschlossen (vgl. Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 17.06.2015, L 2 KR 180/14, Revision beim BSG unter dem Aktenzeichen B 1 KR 25/15 R anhängig; Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014, L 5 KR 222/14 B ER; zitiert nach www.juris.de). Der vom 16. Senat des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen im Beschluss vom 26.05.2014 (L 16 KR 154/14 B ER; zitiert nach www.juris.de) vertretene Auffassung, wonach die Genehmigungsfiktion nur dann eingreift, wenn eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Leistung dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V entspricht, folgt die Kammer nicht. Der Sanktionsgrund des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V würde leerlaufen, wenn die beklagte Krankenkasse nach Nichtbeachtung der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Vorgehensweise im weiteren (Klage-) Verfahren mit Erfolg einwenden könnte, die beantragte Leistung hätte im konkreten Fall nicht bewilligt werden dürfen (Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 02.03.2015, S 9 KR 903/14; Sozialgericht Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015, S 16 KR 96/14; Sozialgericht Gelsenkirchen, Urteil vom 05.02.2015, S 17 KR 524/14; zitiert nach www.juris.de). Zudem hätte bei einer solchen Auslegung ein Versicherter, ungeachtet eines Verstoßes der Krankenkasse gegen die in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V normierten Hinweispflicht, keine Gewissheit, dass die beantragte Leistung von der Krankenkasse bezahlt oder zumindest die Kosten hierfür erstattet werden. Dies kann nicht Sinn und Zweck des Patientenrechtegesetzes gewesen sein, welches gerade darauf abzielt, die Rechte der Patienten zu stärken (vgl. Sozialgericht Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015, S 11 KR 2425/14; zitiert nach www.juris.de).

27

Die Genehmigungsfiktion gilt auch nicht nur für Kostenerstattungsansprüche. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder einen Kostenerstattungsanspruch. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetzes ergibt (vgl. Bundesrats-Drucksache 312/12, S. 46; Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistungen bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (vgl. Bundestags-Drucksache 17/11710, S. 30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu.

28

Zudem schlosse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 GG praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V aus (vgl. Sozialgericht Marburg, Urteil vom 15.01.2015, S 6 KR 160/13; zitiert nach www.juris.de).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

29