



## Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Dr. Denis Hedermann • Sebastian Kauschke • Christoph Leirer • Nicole Wiegard • Annedore Witschen • Mandy Zibolka

### Entscheidung des Monats 12/2015

#### Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015 – L 1 KR 413/14<sup>1</sup> Begründung eines Sachleistungsanspruchs durch die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V

##### Sachverhalt:

Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten für ein Therapiedreirad. Der bei der Beklagten versicherte Kläger erkrankte 1992 an einem Hirntumor und musste mehrfach operiert werden sowie sich zuletzt 2001 einer Chemotherapie unterziehen. Aufgrund dieser Erkrankung leidet der Kläger u.a. an einer symptomatischen Epilepsie mit fokal-motorischen Anfällen und einer Beeinträchtigung der linken Körperhälfte mit reduzierter Motorik und Gleichgewichtsstörungen. Seit Januar 2012 bezieht er Leistungen der sozialen Pflegeversicherung der Pflegestufe II. Die von der Betreuerin des Klägers beantragte Kostenübernahme für ein Therapiedreirad wurde von der Beklagten abgelehnt und der Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Die daraufhin erhobene Klage wurde vom SG Darmstadt mit Gerichtsbescheid vom 21.11.2014 abgewiesen. In der nunmehr eingelegten Berufung trägt der Kläger zur Begründung vor, dass ihm bereits ein Anspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V auf Kostenübernahme zustehe, da die Beklagte weder innerhalb der Dreiwochenfrist den MDK beauftragt habe, noch innerhalb der Fünfwochenfrist entschieden habe. Die Genehmigungsfiktion gelte auch für die Kostenübernahme bei einer nicht fristgemäßen Entscheidung der KK. Hiergegen wendet sich die Beklagte.

##### Entscheidung:

Das LSG wies die zulässige Berufung zurück. Ein Anspruch des Klägers auf Kostenübernahme bestehe nicht. Dieser ergebe sich auch nicht aus § 13 Abs. 3a SGB V. Danach habe die Krankenkasse (KK) gem. § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V über einen Leistungsantrag zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang oder, falls eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich ist, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Bei Nichteinhaltung der Fristen und unterlassener Darlegung der Gründe hierüber gelte die beantragte Leistung nach S. 6 mit Ablauf der Frist als genehmigt. Unstreitig habe die Beklagte die Fünfwochenfrist nicht eingehalten. Diese war bei Beauftragung des MDK bereits abgelaufen. Dies begründe jedoch keinen Leistungsanspruch nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V. Die Genehmigungsfiktion greife nur dann ein, wenn sich der Versicherte die Leistung selbst beschafft hat und Kostenerstattung für diese geltend macht. Im vorliegenden Fall begehre der Kläger Versorgung im Rahmen der Sachleistung. Daher sei § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nicht anwendbar. Nach anderer Ansicht beinhalte § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V die Genehmigungsfiktion im Hinblick auf einen Sachleistungsanspruch.<sup>2</sup> Danach müsse in der Rechtsfolge zwischen S. 6 und S. 7 differenziert werden, wonach S. 6 die Genehmigungsfiktion des Sachleistungsanspruchs und S. 7 die Genehmigungsfiktion hinsichtlich eines Kostenerstattungsanspruchs betreffe. Der erkennende Senat folge dem nicht. Auch wenn nach dem Wortlaut der Norm die gesetzliche Genehmigungsfiktion zu einer Sachleistung führe, sei es Ziel des Gesetzgebers gewesen, eine verzögerte Antragsbearbeitung zu sanktionieren und dem Versicherten durch den Erlass der Fristsetzung die Selbstbeschaffung zu erleichtern<sup>3</sup>. Betrachte man die Gesetzssystematik, sei § 13 SGB V mit Kostenerstattung überschrieben und auch die übrigen Absätze seien ausschließlich darauf gerichtet. Die missglückte Formulierung des S. 6 könne nicht zu einem so weitgehenden Sachleistungsanspruch führen. Auch das hier vertretene Verständnis führe zu einer Verbesserung der Patientenrechte. Der Versicherte müsse bei

unaufschiebbaren Leistungen gerade nicht mehr die Entscheidung der KK abwarten bzw. sich die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges entgegenhalten lassen. Im Übrigen liege kein Anspruch aus § 33 SGB V vor. Leistungen zur Bewegungsförderung unterfielen nur ausnahmsweise der Leistungszuständigkeit der KK.<sup>4</sup> Eine solche Ausnahme liege hier nicht vor, insbesondere sei der spezifische Einsatz des Therapie-Dreirades im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung zu verneinen. Daher gelange man auch zum gleichen Ergebnis, wenn man die Auffassung vertrete, dass S. 6 zu einem Sachleistungsanspruch führe. Denn dieser wäre durch das Qualitätsgebot aus § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 Abs. 1 SGB V begrenzt und könne daher nicht weitergehen als der der Genehmigungsfiktion zugrundeliegende Anspruch.

##### Anmerkung:

§ 13 Abs. 3a SGB V wurde durch das Patientenrechtegesetz vom 20.2.2013<sup>5</sup> eingeführt. Enthalten darin ist in S. 1 die Pflicht der KVen, zügig über den Anträge der Versicherten zu entscheiden und in S. 6 und 7 eine daran anknüpfende Sanktion für das Überschreiten der in S. 1 genannten Fristen,<sup>6</sup> wenn die KK den Versicherten hierüber unter Darlegung der Verzögerungsgründe nicht schriftlich informiert hat (§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V). Betrachtet man zunächst den Wortlaut des S. 6, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt<sup>7</sup>, so kann dies durchaus so gelesen werden, dass durch die Fiktion der Genehmigung der beantragten Leistung<sup>7</sup> ein Sachleistungsanspruch des Versicherten eintritt. S. 7 ist dann wiederum auf einen Kostenerstattungsanspruch gerichtet.<sup>8</sup> Diesem „missglückten Wortlaut“<sup>9</sup> steht aber die Gesetzesbegründung entgegen. Nach dieser enthalten die beiden Sätze nicht voneinander getrennte Rechtsfolgen, nämlich Sachleistungsanspruch und Anspruch auf Kostenerstattung, sondern sind gemeinsam zu lesen.<sup>10</sup> Danach soll S. 6 die Voraussetzungen für eine Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten erleichtern, indem es keiner zusätzlichen Fristsetzung mehr bedarf.<sup>11</sup> S. 7 wiederum gewährt die Erstattung der durch die Selbstbeschaffung entstandenen „erforderlichen“ Kosten, wobei die beantragte Leistung aufgrund der Fiktion des S. 6 als genehmigt gilt.<sup>12</sup> Allerdings ist die Genehmigungsfiktion im System der GKV eingebunden. So können nur Leistungen erfasst sein, die zum Leistungskatalog der GKV gehören und dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V und dem Qualitätsgebot nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V entsprechen.<sup>13</sup> Gegen einen Sachleistungsanspruch aus S. 6 spricht auch die Systematik des Gesetzes. Denn § 13 SGB V ist, wie das LSG Hessen ausführt, mit „Kostenerstattung“ überschrieben und befasst sich in seiner Gänze nur mit dieser. Mit § 13 Abs. 3a SGB V bezweckte der Gesetzgeber auch Rechtssicherheit und –klarheit.<sup>14</sup> Leider ist ihm dies gerade hier nicht gelungen.

**Autorin: Wiss. Mit. Mandy Zibolka (Tel. 0521/106-3176)**

<sup>4</sup> BSG, Ur. v. 7.10.2010 – B 3 KR 5/10 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 32.

<sup>5</sup> BGBl. I, S. 277.

<sup>6</sup> Noftz, in Hauck/Noftz, Stand 12/2015, § 13 Rn. 58a.

<sup>7</sup> Hierzu Knispel, SGB 2014, 374 (374).

<sup>8</sup> LSG NRW, Beschl. v. 23.5.2014 – L 5 KR 222/14 B ER mwN.

<sup>9</sup> Helbig, in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 Rn. 71.

<sup>10</sup> Knispel, SGB 2014, 374 (374 f.); Helbig, in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 Rn. 72; Rieker, NZS 2015, 294 (294).

<sup>11</sup> BT-Drucks. 17/11710, S. 30.

<sup>12</sup> BT-Drucks. 17/11710, S. 30; Wenner, SGB 2013, 162 (164); LSG NRW, Beschl. v. 26.5.2014 – L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B; NZS 2014, 663.

<sup>13</sup> Helbig, in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 Rn. 74; Rieker, NZS 2015, 294 (297f.); LSG NRW, Beschl. v. 26.5.2014 – L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B; NZS 2014, 663; nach a.A. soll die Genehmigungsfiktion weiter gehen Werner, SGB 2015, 323 (325); auch unwirtschaftliche Leistungen sollen hier erfasst sein, „da dem Vermögensinteresse der Kassen das Schutzgut der Gesundheit gegenübersteht.“ Vogl, NZS 2014, 210 (210 f.).

<sup>14</sup> LSG Saarland, Ur. v. 17.6.2015 – L 2 KR 180/14, KrV 2015, 258.

<sup>1</sup> Die Revision ist beim BSG (Az: B 3 KR 4/16 R) anhängig.

<sup>2</sup> LSG Saarland, Ur. v. 17.6.2015 – L 2 KR 180/14, KrV 2015, 258 mwN (das BSG hat die Revision der Beklagten zurückgewiesen - Az: B 1 KR 25/15 R – die Urteilsgründe liegen noch nicht vor).

<sup>3</sup> BT-Drucks. 17/11710, S. 30 eine zusätzliche Frist war noch im ursprünglichen Gesetzesentwurf (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) erforderlich.