

17. Deutsche Medizinrechtstag
Berlin, 23. September 2016



HARTMANN
RECHTSANWÄLTE®

Wege zur Beschleunigung des Verfahrens – Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs.3a SGB V

Themen

I

Überblick über § 13 Abs. 3a SGB V

II

BSG vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R

III

Weitere Fragen

1

Überblick über § 13 Abs. 3a SGB V



§ 13 Abs. 3a SGB V

Patientenrechtegesetz



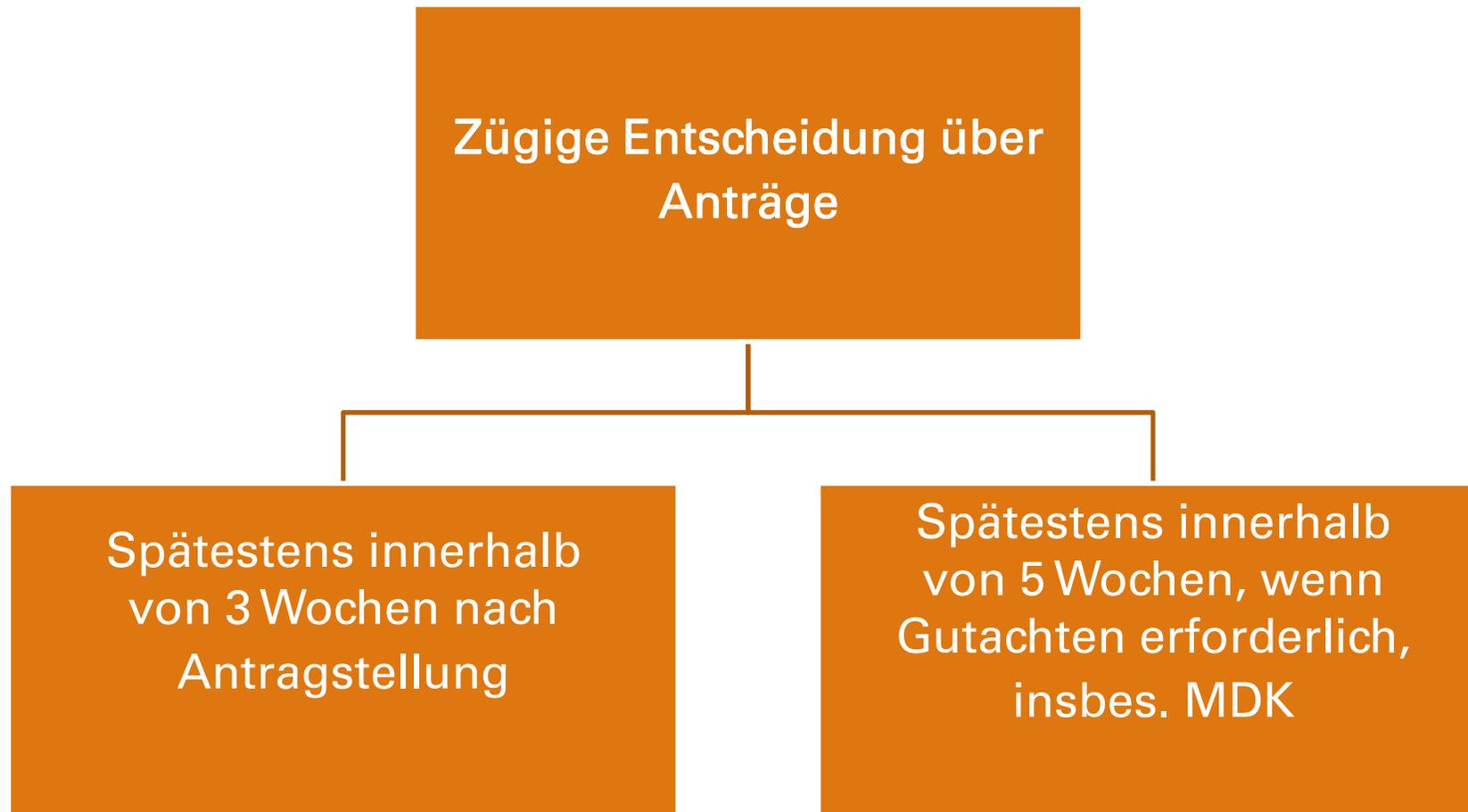
- Einführung von Bearbeitungsfristen für Krankenkassen zur Beschleunigung der Genehmigungsverfahren



§ 13 Abs. 3a SGB V

- Die Krankenkasse hat 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 (Medizinischer Dienst), 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.**
- Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 **nicht einhalten**, teilt sie dies den 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. ...
- Für Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

§ 13 Abs. 3a SGB V



§ 13 Abs. 3a SGB V

- Kann GKV nicht innerhalb der Fristen entscheiden:
 - Schriftliche Mitteilung an Versicherten + Begründung
 - Begründung: Gründe außerhalb Verantwortungsbereich GKV
- **Folgen** bei nicht fristgerechter Mitteilung eines hinreichenden Grundes:
 - **Leistung gilt als genehmigt**
👉 **Einführung einer Genehmigungsfiktion!**
 - Versicherter berechtigt, erforderliche Leistung **selbst zu beschaffen** und **Kostenerstattung** durch die GKV verlangen

Genehmigungsfiktion?

<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Hilfs- mittel- nr. 6	Impf- nr. 7	Spe- zial- nr. 8	Bsp- nr. 9	Bsp- nr. 10	Apotheken-Nummer i. d. B.																																				
	AOK Rheinland-Pfalz																																												
<input type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten			<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Zusatzung</th> <th colspan="3">Gesamt-Deuto</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <th colspan="3">Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.</th> <th colspan="2">Faktor</th> <th colspan="1">Taxe</th> </tr> <tr> <td colspan="3">1. Verordnung</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. Verordnung</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. Verordnung</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						Zusatzung			Gesamt-Deuto									Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor		Taxe	1. Verordnung						2. Verordnung						3. Verordnung					
Zusatzung			Gesamt-Deuto																																										
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			Faktor							Taxe																																			
1. Verordnung																																													
2. Verordnung																																													
3. Verordnung																																													
<input type="checkbox"/>	Mustermann geb. am																																												
<input type="checkbox"/>	Erika 12.08.1984																																												
<input type="checkbox"/>	Heidestraße 17 10/14																																												
<input type="checkbox"/>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Vertragsarztstempel 27/1111100 Psychologische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 19 87 66 43  Unterschrift des Arztes Muster 16 (7/2008)																																									
<input type="checkbox"/>	106415300	A123456789	1000 1																																										
<input type="checkbox"/>	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																										
<input type="checkbox"/>	271111100	654321181	10.07.2012																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	Rp. (Bitte Leerdäume durchstreichen) Eine Flasche Rotwein zur Behandlung des Herz-Kreislauf-Systems			271111100Y																																									
<input type="checkbox"/>	auf Ident.																																												
<input type="checkbox"/>	auf Ident.																																												
<input type="checkbox"/>	bbbri			Abgabedatum in der Apotheke																																									
<input type="checkbox"/>	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!																																												
<input type="checkbox"/>	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer																																											

Rechtsprechung bis BSG - Entscheidung

- Überwiegende Teil der Sozialgerichte geht von Sachleistungsanspruch ohne weitere Prüfung aus, wenn Fristen nicht eingehalten wurden
 - z.B. LSG Saarland 17.06.2015 – L 2 KR 180/14 bezeichnet dies als herrschende Meinung

- z.T. abweichende Entscheidungen
 - nur Kostenerstattung, keine Sachleistung
 - Erforderlichkeit müsse geprüft werden
 - Gilt nicht für Hilfsmittel, da medizinische Rehabilitation

2

BSG vom 08.03.2016
B 1 KR 25/15 R



Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

Der Sachverhalt

- Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Einholung einer MDK Stellungnahme ohne Information des Versicherten
- 3 - Wochen Frist zum Zeitpunkt der ablehnenden Entscheidung durch Krankenkasse überschritten
- Versicherte hat sich die Leistung dann selbst beschafft
- Damit ist ein Kostenerstattungsanspruch streitig gewesen

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016 (B 1 KR 25/15 R)

Die Entscheidung

- Positives Urteil für den Versicherten
- Kostenerstattungsanspruch besteht aufgrund der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V





Die Entscheidung im Einzelnen

- Zeitlicher Anwendungsbereich
 - § 13 Abs. 3a SGB V greift für alle nach dem 25.02.2013 gestellte Anträge auf Leistungen

- Inhaltlicher Anwendungsbereich
 - Alle Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen im Leistungssystem des SGB V

- Nicht bei
 - Geldleistungen oder
 - Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (vgl. § 13 Abs. 3a a.E.SGB V)



Die Entscheidung im Einzelnen

- Keine Anwendung bei Geldleistungen, da
 - andere Ansprüche als die sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 Abs.2 und 3 SGB V
 - der gesetzliche Kostenerstattungsanspruch für selbstbeschaffte erforderliche Leistungen sei nicht passend
 - Versicherte könnte sich bei fehlenden Geldleistungen jederzeit Kredite verschaffen



Die Entscheidung im Einzelnen

- Keine Anwendung bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation
 - in einem engeren Sinne Leistungen:
nur auf Leistungen zur medizinischen Reha im Sinne des SGB V, wie z.B.
 - in § 40 SGB V als solche konkret bezeichneten Leistungen oder
 - teilweise Arbeitstherapie

 - in einem weiten Sinne:
Leistungen, die eine Krankenkasse als erstangegangener Reha-Träger im Anwendungsbereich des § 14 SGB IX nach dem Recht des eigentlich zuständigen Trägers zu erbringen hat, wenn sie den Antrag nicht oder nicht rechtzeitig weiterleitet und deshalb im Außenverhältnis zum Antragsteller zuständiger Träger wird

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

■ 3 oder 5-Wochen- Frist

- Kostenerstattungsanspruch besteht aufgrund der Genehmigungsfiktion, da die 3 Wochen Frist nicht eingehalten wurde
- Keine Information über Einschaltung MDK, also gilt nicht die 5 Wochen Frist

■ Voraussetzung für verlängerte Entscheidungsfrist:

- schriftliche Mitteilung eines hinreichenden Grundes
- Taggenaue Mitteilung über die Dauer der Verzögerung, ggf. Wiederholung

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

■ **Hinreichend bestimmter Antrag und subjektiv erforderlich**

- Antrag muss hinreichend bestimmt und fiktionsfähig sein
 - 25 Sitzungen Psychotherapie als Langzeittherapie ausreichend als bestimmter Antrag

- Antrag muss subjektiv erforderlich sein und nicht offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskatalogs
 - Nicht gesetzlich geregelt, dient der Verhinderung von Rechtsmissbrauch
 - Keine Überschreitung offensichtlicher Leistungsbeschränkungen der GKV

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

■ Anwendung nur bei Kostenerstattungsansprüchen?

- Nein, auch für Naturalleistungsansprüche,
- Selbstbeschaffung keine Voraussetzung der Genehmigungsfiktion

- Denn
 - Genehmigungsfiktion begründet Naturalleistungsanspruch
 - So Anspruchsrealisierung für mittellose Versicherte möglich
 - Argument: Sanktionscharakter der Norm

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

■ Rücknahme der Genehmigungsfiktion

- Genehmigungsfiktion erlöscht nicht durch Zugang späterer Ablehnung
 - Weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder Widerruf
 - Spätere Ablehnung hat „nur“ Naturalleistungsanspruch zum Gegenstand

- Genehmigungsfiktion entspricht Verwaltungsakt,
- also Wirksamkeit nach allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden VA
 - Maßstab für Rechtmäßigkeit/Rechtswidrigkeit ist der begünstigenden VA
 - Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs.3a SGB V und nicht die Anspruchsgrundlage des Naturalleistungsanspruchs ist der begünstigende VA

Die Entscheidung des BSG vom 08.03.2016

(B 1 KR 25/15 R)

Zusammenfassung

- Kostenerstattungsanspruch besteht, da die 3 Wochen Frist nicht eingehalten wurde
- Keine Information über Einschaltung MDK, also gilt nicht die 5 Wochen Frist
- Taggenaue Mitteilung über die Verzögerung, ggf. erneute Mitteilung
- Genehmigungsfiktion als Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs greift, da eine dem Grunde nach zu beanspruchende Leistung beantragt wurde
- Versicherte konnte subjektiv von einem Anspruch ausgehen
- Genehmigungsfiktion gilt auch für Sachleistung

3

Weitere Fragen





Wie entscheidet der 3.Senat?

■ Anhängig unter B 3 KR 8/16 R

➤ Vorinstanz: LSG München, L 5 KR 351/14

■ Fragestellung:

Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S 6 SGB V eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen gemacht hat?

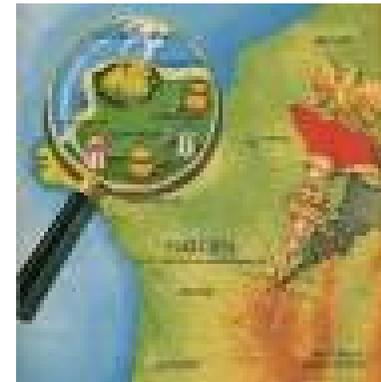
■ Offensichtlich außerhalb des Leistungskatalog nach B 1 KR 25/15 R?

■ Subjektiv erforderlich aus Blickwinkel des Versicherten?

SG Dortmund Urteil vom 08.06.2016

S 40 KR 1454/14

- Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S 6 SGB V begründet - entgegen der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R - zur Veröffentlichung vorgesehen) - keinen über den ursprünglichen Sachleistungsanspruch hinausgehenden Anspruch. Die vom BSG vorgenommene Auslegung fügt sich weder in den Kontext der Regelung, insbesondere im Verhältnis zu S 7 und S 9, ein, noch finden sich dafür hinreichende Anhaltspunkte in der Gesetzesbegründung oder dem Sinn und Zweck der Vorschrift. Sie führt darüber hinaus zu Ungleichbehandlungen, ohne dass sich der Entscheidung des BSG dafür irgendeine Rechtfertigung entnehmen ließe.





Leistungs- oder Feststellungsklage

- **SG Augsburg 12.04.2016 S 10 KR 50/15 (Kostenerstattung)**
 - Die vor dem zuständigen Gericht erhobene Klage ist bereits als echte **Leistungsklage** nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Mit dieser Klageart kann nämlich die Verurteilung zu einer Leistung begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte

- **SG Mainz 15.03.2016 S 14 KR 329/14 (Sachleistung)**
 - Im Fall der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB 5 besteht das zur Zulässigkeit der **Feststellungsklage** nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG erforderliche Feststellungsinteresse des Klägers, weil mit der gerichtlichen rechtskräftigen Feststellung des Eintritts der Genehmigungsfiktion der Kläger ohne Kostenrisiko sich die begehrten Leistungen selbst beschaffen und Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse geltend machen kann.(Rn.15)



Fristberechnung

■ Gesetzeswortlaut

- Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, nach Antragseingang **zu entscheiden**.

■ SG Augsburg 12.04.2016 S 10 KR 50/15

- Für die Frist betreffend den Eintritt der Genehmigungsfiktion ist der Zeitpunkt der Kenntnis des Versicherten von der ablehnenden Entscheidung (tatsächlicher Zugang) maßgeblich. Nach § 39 Abs. 1 SGB X wird ein Verwaltungsakt demjenigen gegenüber, für den er bestimmt ist, in dem Zeitpunkt wirksam, in dem er ihm bekannt gegeben wird.



Weitere Fragen

- Notwendigkeit eines Widerspruchsverfahrens nach Eintritt der Genehmigungsfiktion?
- Reicht jede Stellungnahme als Gutachten für 5 Wochen-Frist?
- Gilt § 13 Abs.3a SGB V für den zweiten Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX, der nach SGB V entscheiden muss?
 - Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V gilt auch für den Leistungsträger, der an der Stelle der Krankenkasse als zweitangegangener Leistungsträger über einen Anspruch auf ein beantragtes Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zu entscheiden hat
 - LSG Sachsen Anhalt Beschluss vom 21.02.2014, L 8 SO 41/13 B ER

***VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT***





HARTMANN RECHTSANWÄLTE®

Jörg Hackstein
Am Brambusch 24
44536 Lünen
Tel. 0231 –9860 450
Fax 0231 – 9860 455

info@hartmann-rechtsanwaelte.de
www.hartmann-rechtsanwaelte.de