

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 26/2014 –

13.11.2014

§ 13 Abs. 3a SGB V und Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Teil 2 Anmerkung zu Urteil SG Stralsund v. 07.04.2014 - Az.: S 3 KR 112/13

Von Dr. Thomas Motz, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Lübeck

V. Würdigung/Kritik

Es war zu erwarten, dass die Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V Anlass zu zahlreichen Auseinandersetzungen und auch dogmatisch spannenden und auch widersprüchlichen Entscheidungen geben würde, insbesondere dann, wenn der Kläger die Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V nutzen will, um eine Vielzahl von Problemen bei der Durchsetzung seines Anspruchs unter Hinweis auf die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V zu umgehen (hier: Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, Erforderlichkeit sowie Wirtschaftlichkeit/Sparsamkeit der beantragten Leistung).

1. Divergierende Entscheidungen

Zu dieser Thematik gibt es mit ganz ähnlichem Sachverhalt einige abweichende Entscheidungen: Ein Urteil des SG Augsburg vom 03.06.2014¹, dem in tatsächlicher Hinsicht ein sehr ähnlicher Sachverhalt zugrunde lag, stellt darauf ab, dass die beklagte

Krankenkasse den Antrag nicht als Rehabilitationsantrag behandelt habe, so dass auf die Rechtsfolgen des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht abzustellen gewesen sei. Das SG Dessau-Roßlau kam mit Urteil vom 18.12.2013² erst gar nicht auf den Gedanken, dass es sich hier bei der Ersetzung einer C-Leg-Beinprothese durch ein Genium-Kniegelenkssystem überhaupt um eine Rehabilitationsleistung handeln könne. Dementsprechend wurde die Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V als gegeben betrachtet.

2. Nichtanwendbarkeit des § 13 Abs. 3a SGB V auf Rehabilitationsleistungen?

Das SG Stralsund stellt fest, dass im Falle der Selbstbeschaffung von medizinischen Rehabilitationsleistungen die Zuständigkeits- und Erstattungsregelungen der §§ 14, 15 SGB IX als spezielle Regelungen zur Anwendung kommen, wie sich dies tatsächlich aus § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V ergibt. Die Bestimmungen des § 13 Abs. 3a S. 1 bis 7

¹ SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014, Az.: S 6 KR 339/13.

² SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, Az.: S 21 KR 282/13.

SGB V sollen nach Ansicht des Gerichts auf einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel i. S. d. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht anwendbar sein. Das Gericht verweist auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu § 13 Abs. 3 S. 2 SGB V, in dem auf die Erstattungsnorm in Bezug auf die Kosten selbstbeschaffter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verwiesen worden ist, und die Vorschriften des § 15 SGB IX als vorrangig bezeichnet werden. Demnach träte für Leistungen der medizinischen Rehabilitation eine Genehmigungsfiktion i. S. d. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nicht ein.

Die Entscheidung verdient in zweifacher Hinsicht Kritik: Denn zum einen stellt sich doch sehr die Frage, ob es sich bei der beantragten Leistung tatsächlich um eine solche der medizinischen Rehabilitation gehandelt hat, zum anderen wollte der Gesetzgeber sicherlich eines nicht, nämlich die Leistungen der medizinischen Rehabilitation und die Genehmigungsfiktion i. S. d. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V ausschließen.

a) Abgrenzung von Medizinischer Rehabilitation und Krankenbehandlung

Die Frage ist, ob die vom Kläger beantragte Leistung eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ist. Die Entscheidung des SG Stralsund lässt vor dem Hintergrund der vorgenannten Entscheidungen des SG Augsburg und des SG Dessau-Roßlau aufmerken. Wären die Sätze 1 bis 7 des § 13 Abs. 3a SGB V für Rehabilitationsleistungen nicht anwendbar, wäre es noch dringlicher erforderlich, künftig Leistungen der medizinischen Rehabilitation von den Leistungen medizinischer Krankenbehandlungen klar abzugrenzen.

Rechtsgrundlage für den Anspruch auf Hilfsmittel ist § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V, wonach Versicherte Anspruch auf Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel haben, die erforder-

lich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, sofern die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Das BSG weist darauf hin, dass sich ähnliche Bestimmungen in § 31 Abs. 1 SGB IX finden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in und durch Einrichtungen sind in § 40 SGB V geregelt. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V regelt auch als möglichen Zweck der Hilfsmittelversorgung den Behinderungsausgleich.

Eine exakte Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und (medizinischer) Rehabilitation innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist im Einzelfall schwierig³. Bei der Frage, ob nun die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V eingreift, könnte eine solche klare Abgrenzung, wie die oben genannten Rechtsprechungsbeispiele zeigen, notwendig werden. Rehabilitation und Krankenbehandlung knüpfen an unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen an. Krankenbehandlung an dem Begriff der Krankheit, Rehabilitation an dem Grundbegriff der Behinderung und – ergänzend – den der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB IX. Es geht bei der Krankheit regelmäßig um einen regelwidrigen, körperlichen, geistigen und/oder seelischen Zustand, der der medizinischen Behandlung bedarf und zugänglich ist und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat⁴. Bei der Behinderung geht es vor allen Dingen um die Beeinträchtigung in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In Bezug auf einige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden Überschneidungen offenbar. Wenn die Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V alle Maßnahmen betrifft, die das Ziel haben, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlim-

³ Hauck/Noftz-Noftz, SGB V § 11 Rdn 52.

⁴ Hauck/Noftz-Noftz, a. a. O. § 40 Rdn 16d.

merung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, zählt hierzu auch die Versorgung mit Hilfsmitteln. Diese Hilfsmittel können aber auch dazu dienen, eine Behinderung auszugleichen.

Folgt man der Entscheidung des SG Stralsund, wonach die Genehmigungsfiktion i. S. d. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht eintreten solle, wäre die Versuchung auf Sachbearbeitungsebene der GKV groß, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu solchen der medizinischen Rehabilitation zu deklarieren, wenn sie doch genauso gut Leistungen der medizinischen Akutversorgung darstellen könnte.

b) Ausschluss der Genehmigungsfiktion in der medizinischen Rehabilitation?

Die entscheidende Frage ist aber, ob das SG Stralsund mit seiner Einschätzung, dass mit der Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V die Genehmigungsfiktion für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ausgeschlossen worden ist, überhaupt richtig liegt. Zutreffend ist angesichts des klaren Wortlauts, dass statt der Zuständigkeits- und Erstattungsregeln für selbstbeschaffte Leistungen in § 13 SGB V die §§ 14, 15 des SGB IX anwendbar sind. Die Erstattung für selbstbeschaffte Leistungen ist in § 13 Abs. 3 SGB V geregelt worden, insofern erscheint § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V redundant. Zuständigkeitsregelungen enthält § 13 SGB V nicht. § 13 Abs. 3a regelt nicht die Frage der Erstattung selbstbeschaffter Leistungen, sondern eine Genehmigungsfiktion bei Nichteinhaltung der in der Vorschrift genannten Bescheidungsfrist⁵. Der Gesetzgeber hat mit Einfügung des § 13 Abs. 3a SGB V beabsichtigt, das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen und damit eine schnellere Klärung von

Leistungsansprüchen und eine kurzfristige Bewirkung von Leistungen zu erreichen⁶. Dieselbe Intention liegt § 14 SGB IX zugrunde. Im Interesse von Leistungsberechtigten und Rehabilitationsträgern soll die Zuständigkeit beschleunigt geklärt und die Leistung möglichst schnell erbracht werden⁷. Es ist kaum anzunehmen, dass der Gesetzgeber für einen Bereich, in dem er schon vor Jahren die Notwendigkeit gesehen hat, die Krankenkasse durch die Fristregelungen des § 15 SGB IX zur Beschleunigung anzuhalten, nunmehr eine Regelung trifft, die hinter der Genehmigungsfiktion zurückbleibt und den Versicherten oft mehr Steine als Brot ermöglicht: Die Möglichkeit einer Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 15 SGB IX eröffnet für den Versicherten ja nur die Möglichkeit, nach Ablauf der dortigen Fristen sich die Leistung selbst zu beschaffen und sie dann vom Versicherungsträger zurückzufordern, was vielen Versicherten aus finanziellen Gründen kaum möglich und überdies mit dem erheblichen Risiko verbunden ist, danach in einer Auseinandersetzung um die Leistungsvoraussetzungen zu unterliegen und die Kosten letztlich selber tragen zu müssen. Die in § 13 Abs. 3a SGB V geregelte Genehmigungsfiktion ist etwas anderes als die Zuständigkeitserklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen.

Es gelten also die Fristenregelungen des § 13 Abs. 3a SGB V sowohl für die medizinische Akutbehandlung als auch für medizinische Rehabilitationsleistungen. Zwischen medizinischer Akutbehandlung und Rehabilitationsleistungen wird man erst zu differenzieren haben, wenn die Mitteilung nach § 13 Abs. 3 S. 6 SGB V zwar rechtzeitig erfolgt, ein zureichender Grund jedoch tatsächlich nicht vorliegt. Dann greift § 15 Abs. 1 S. 2 SGB IX, wonach der Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene

⁵ Vogl, Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V – Ein gesetzgeberisches Kuckucksei? NZS 2014, 210.

⁶ BT-Drucks., 17/10488, S. 32.

⁷ BT-Drucks., 14/5074, S. 102.

ne Frist setzen kann mit der Erklärung, sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst zu beschaffen.

3. Unzulässigkeit der Feststellungsklage

Das SG Stralsund hat ausgeführt, dass auch § 13 Abs. 3a SGB V keine Ausnahme vom sogenannten „Subsidiaritätsgrundsatz“ rechtfertigt. Mit der Feststellungsklage kann gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Richtig ist, dass ein Kostenerstattungsanspruch für die Zukunft nur in Fällen des Systemversagens oder in Fällen der Vorenthaltung von Rechtsschutz in Betracht kommt. Tritt die Genehmigungsfiktion ein, entspricht die prozessuale Situation dem Fall, dass der Kläger einen Bewilligungsbescheid erhalten hat, dieser aber von der Verwaltungsbehörde nicht vollzogen wird. Auch in diesem Fall ist eine echte Leistungsklage zulässig, die Feststellungsklage wäre aufgrund der Subsidiarität unzulässig⁸.

Eine Untätigkeitsklage ist vor dem Hintergrund der langen Laufzeiten (sechs Monate ab Antragstellung, § 88 Abs. 1 Satz 1 SGG) für den effektiven Rechtsschutz und die Beschleunigung des Verfahrens keine Option.

VI. Ausblick

Wie es heißt, ist § 13 Abs. 3a SGB V „mit heißer Nadel gestrickt“⁹. Insofern hätte man sich eine Regelung gewünscht, die deutlicher macht, dass die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V auch für Rehabilitationsleistungen gilt, und der Verweis in § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V (nur) für die Frage der Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen Anwendung findet (insofern geregelt in § 13 Abs. 3a S. 8 SGB V) und die Zuständigkeitsregelung. Die Entscheidung des SG Stralsund könnte bewirken, dass ohne sachliche Rechtfertigung Krankenbehandlungen zu Rehabilitationsleistungen umdeklariert werden, um der Genehmigungsfiktion scheinbar zu entgehen. Die erforderliche Rechtsklarheit wird erst durch die Rechtsprechung hergestellt werden können.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁸ SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014, Az.: S 6 KR 339/13, zitiert nach juris, Rdn 25 ff.

⁹ Vogl, a. a. O.