

– Fachbeitrag A1-2019 –

10.01.2019

Keine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Anmerkung zu BSG, Urteil vom 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R¹

Von Laura Hamann LL.M., Universität Kassel

I. These der Autorin

Die §§ 14–24 SGB IX i. d. F. d. BTHG sind die spezialgesetzlichen Regelungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Sie gehen den leistungsrechtlichen Regelungen der Rehabilitationsträger gemäß § 7 Abs. 2 S. 1 SGB IX vor.

II. Wesentliche Aussagen der Entscheidung

1. Der sachliche Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V ist gemäß § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht eröffnet.
2. Hilfsmittel, die dem Behinderungsausgleich oder dem Vorbeugen einer Behinderung dienen sollen, sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation finden die §§ 14–24 SGB IX (bzw. §§ 14, 15 SGB IX a. F.) Anwendung

III. Der Sachverhalt

Die 1959 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Die Klägerin beantragte am 28.07.2014 eine Definitiv-Unterschenkelprothese mit einem Prothesenfuß.² Der Antrag wurde nach positiver Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 31.10.2014 mit Verweis auf preiswertere, bislang nicht

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A1-2019 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Hamann: Keine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Anmerkung zu BSG, Urteil vom 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R; Beitrag A1-2019 unter www.reha-recht.de; 10.01.2019.

² Die Definitivprothese ist eine individuell angepasste Prothese zur endgültigen Versorgung. Sie wird erst nach der Wundheilung, im Anschluss an die provisorische Erstversorgung (Interimsprothese), erbracht.

durch die Antragstellerin erprobte Alternativprodukte mit Bescheid vom 17.11.2014 abgelehnt. Gegen den Widerspruchsbescheid vom 23.04.2015 erhob die Antragstellerin Klage beim Sozialgericht.

Das Sozialgericht hob die angefochtenen Bescheide auf und verurteilte die Beklagte, die beantragte Leistung zu erbringen, da diese nach § 13 Abs. 3a SGB V wegen der überschrittenen Bearbeitungsdauer von drei Wochen als genehmigt gelte (Genehmigungsfiktion).

Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz wies die Berufung der Beklagten zurück. § 13 Abs. 3a SGB V sei sachlich anwendbar. Die Prothese diene dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Der rehabilitative Charakter stehe im Hintergrund. Die weiteren Voraussetzungen seien auch erfüllt. Die Beklagte habe ohne Angabe von hinreichenden Gründen nicht fristgerecht entschieden (vgl. § 13 Abs. 3a S. 1 und S. 5 SGB V). Die ebenfalls auf einen Naturalleistungsanspruch zielende Genehmigungsfiktion sei daher eingetreten und die beantragte Leistung zu erbringen.

Die Beklagte rügt mit der Revision einen Verstoß gegen § 13 Abs. 3a und § 33 Abs. 1 SGB V. Der Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V sei nicht eröffnet. Der beantragte Prothesenfuß stelle eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX dar, für welche die sachliche Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen sei.

IV. Die Entscheidung

Der 3. Senat des Bundessozialgerichtes hält die Revision für begründet und verweist zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück.

Zur Begründung führt er aus, dass sich die Klägerin nicht auf die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V stützen könne. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seien gemäß § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V vom Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen. § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V verweise für Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf die §§ 14–24 SGB IX³ (bzw. §§ 14, 15 SGB IX a. F.). Die beiden abweichenden Regelungssysteme des SGB V und SGB IX kollidierten miteinander und ließen sich nicht kombinieren. Die Regelungssystematik des § 13 Abs. 3a S. 6 i. V. m. S. 1 SGB V bewirke bei Überschreiten der dreiwöchigen Bearbeitungsfrist ohne Mitteilung eines hinreichenden Grundes oder Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme den Eintritt einer Genehmigungsfiktion.

Demgegenüber könne der Leistungsberechtigte nach § 15 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB IX a. F. nur dann die Leistung selbst beschaffen und wirksam Kostenerstattung verlangen, wenn er dem Rehabilitationsträger zuvor eine angemessene Frist gesetzt hat.

³ In der Fassung des BTHG vom 23.12.2016, BGBl 3234 mit Wirkung zum 01.01.2018.

Zudem wichen die Fristenregime der beiden Regelungen voneinander ab. Bei Anwendung beider Normsysteme träte die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nämlich nach dreiwöchiger Frist bereits dann ein, wenn der erstangegangene Rehabilitationsträger sich an die für ihn maßgeblichen Fristen des § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX a. F. hielte. Gleichsam käme es zum Eintritt der Genehmigungsfiktion, wenn der Krankenversicherungsträger einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe rechtmäßig nach § 14 Abs. 1 S. 1 und S. 2 SGB IX a. F. innerhalb von zwei Wochen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleitete.

Diesen Konflikt löse § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V durch Ausschluss des sachlichen Anwendungsbereiches für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf. Maßgeblich sei für die systematische Abgrenzung dabei allein die objektiv-rechtliche Zuordnung, nicht die subjektive Vorstellung der Antragsteller. Die mögliche Unsicherheit des Betroffenen hinsichtlich des Eintrittes der Genehmigungsfiktion sei im Sinne der gebotenen Rechtssicherheit und Rechtsklarheit hinzunehmen.

Bei Hilfsmitteln, die grundsätzlich sowohl der Krankenbehandlung als auch der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden können, ergäben sich zwangsläufig Abgrenzungsfragen. Für eine systemgerechte Abgrenzung müsse eine Differenzierung nach Funktionalität und Zwecksetzung des beantragten Hilfsmittels erfolgen. Die Unterscheidung sei im Wesentlichen auf die Begriffe „Behinderung“ und „Krankheit“ zurückzuführen.

Demnach seien allein Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dem Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V zuzuordnen, wogegen Hilfsmittel, die dem Zweck des Behinderungsausgleiches dienen oder einer Behinderung vorbeugen, davon ausgeschlossen seien.

Im Falle der Klägerin handle es sich bei der beantragten Definitiv-Unterschenkelprothese einschließlich des Prothesenfußes um eine Leistung mit dem Zweck des Behinderungsausgleiches, sodass § 13 Abs. 3a SGB V sachlich nicht anwendbar sei.

V. Anmerkungen

Der Entscheidung ist voll zuzustimmen.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichtes ist nach dem Geschäftsverteilungsplan des BSG für Hilfsmittel nach § 33 SGB V allein zuständig. Er hatte in drei Parallelverfahren zur Frage der sachlichen Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a SGB V im Falle von Hilfsmitteln zu entscheiden.⁴

⁴ BSG, Urteil v. 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R; BSG, Urteil v. 15.03.2018 – B 3 KR 4/16 R; BSG, Urteil v. 15.03.2018 – B 3 KR 12/17 R.

Die mit dem Patientenrechtegesetz⁵ neu eingeführte Genehmigungsfiktion § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V ist seit ihrem Inkrafttreten Ziel und Ausgangspunkt kontroverser Diskussionen. In seiner ersten grundsätzlichen Entscheidung hatte sich der 1. Senat des BSG auch zum Anwendungsausschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V geäußert.⁶ Der Begriff der „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ sei funktionsadäquat auszulegen und demnach in einem weiten und einem engeren Sinne zu verstehen. Im weiteren Sinne seien jene Leistungen inbegriffen, die durch die Regelungen des § 14 Abs. 2 und 2 SGB IX a. F. die Krankenkasse in aufgedrängter Zuständigkeit betreffen.⁷ Im engeren Sinne umfasse der Begriff die ausdrücklich im Krankenversicherungsrecht aufgeführten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation wie insbesondere in § 40 SGB V.⁸ In der Konsequenz bedeutete diese Auslegung, dass bei der Krankenkasse beantragte Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V trotz ihres möglicherweise rehabilitativen Charakters grundsätzlich nicht im Sinne des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu bewerten seien.⁹

Auf den ersten Blick mag die Entscheidung des 1. Senates eine im Sinne der Meistbegünstigung (§ 2 Abs. 2 SGB I) versichertenfreundliche Auslegung sein.¹⁰ Sie steht aber sowohl im Widerspruch mit dem tatsächlichen rehabilitativen Charakter dieser Leistungen als auch mit der Systematik des SGB IX, nach der diese Hilfsmittel den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen sind (§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX a. F. bzw. § 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX n. F.).¹¹

Damit umging der 1. Senat nicht nur das abweichende Regelungssystem des SGB IX bei verzögerter Antragsbearbeitung, er wich außerdem von der ständigen Rechtsprechung des 3. Senates hinsichtlich der systematischen Zuordnung von Hilfsmitteln ab.¹² Eine Entscheidung des 3. Senates in der Sache ist daher mit Spannung erwartet worden.

Der 3. Senat hält mit der hier diskutierten Entscheidung an seiner bisherigen Rechtsprechung fest und verfolgt weiter eine funktionale zweckorientierte Zuordnung und Abgrenzung von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V. Hilfsmittel sind dann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn sie dem Ausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen sollen (vgl. § 33 Abs. 1 S. 1 Var. 2 und 3 SGB V). In diesem Fall verweist § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V auf die einschlägigen Regelungen des SGB IX (§§ 14–24 SGB IX (bzw. §§ 14, 15 SGB IX a. F.)). Anwendung findet § 13 Abs 3a SGB V daher nur für Hilfsmittel, die kurative Zwecke verfolgen.

⁵ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.03.2013, BGBl. I, S. 277.

⁶ BSG, Urteil v. 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R.

⁷ BSG, Urteil v. 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, juris Rn. 16.

⁸ BSG, Urteil v. 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R, juris Rn. 17.

⁹ Manthey, ASR 4/2016, 136; 137; Knispel, GesR 2017, 749, 755 und zurecht kritisiert wurde.

¹⁰ Insofern wurde sie teils auch begrüßt, Manthey, ASR 4/2016, 136 ff.

¹¹ Vgl. Manthey, ASR 4/2016, 136, 137; SG Speyer, Urteil v. 24.10.2016 - S 16 R 1005/14, juris Rn. 35 ff.

¹² Zuletzt BSG, Urteil v. 24.01.2013, B 3 KR 5/12 R m. w. N.

Die Entscheidung des 3. Senates ist nachvollziehbar und systemgerecht. Der Gesetzgeber hat sich bewusst für eine abweichende Regelung für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation entschieden.

Es gibt keinen überzeugenden Grund anzunehmen, dass der Gesetzgeber mit dem Ausschluss der „medizinischen Rehabilitationsleistungen“ in § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nur jene Leistungen umfasst sieht, die ausdrücklich als solche der medizinische Rehabilitation bezeichnet werden, sondern eben auch jene inkludiert, die ihrer Zweckausrichtung nach dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen (vgl. § 11 Abs. 2 S. 1 und § 33 Abs. 1 SGB V).

Das SGB IX sah und sieht für die Leistungen zur Teilhabe, zu denen auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören (§ 42 SGB IX), ein eigenes Fristen- und Regelungsregime zur Antragsbearbeitung und Zuständigkeitsklärung vor. Die Notwendigkeit einer solchen eigenen Regelung ergibt sich unmittelbar aus der Herausforderung, die Teilhabeleistungen im gegliederten System zu koordinieren.

Diese Sicht wird auch durch die Änderungen des BTHG zum 01.01.2018 gestützt. Demnach regelt nunmehr auch das Rehabilitations- und Teilhaberecht in § 18 Abs. 3 SGB IX den Eintritt einer fiktiven Genehmigung bei Überschreitung einer grundsätzlich zweimonatigen Bearbeitungsfrist. Dass für Hilfsmittel, die der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen sind, gerade nicht die „günstigere“ Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V greift, wie der 1. Senat indirekt angenommen hat, ergibt sich nunmehr zwingend aus der Vorrangregelung des § 7 Abs. 2 SGB IX.

§ 7 Abs. 2 SGB IX regelt, dass die Vorschriften der Kapitel 2–4 SGB IX den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vorgehen. Ausnahmen hiervon sind nur in den einzelnen Vorschriften vorgesehen.¹³ Die Regelung über Erstattung selbstbeschaffter Leistungen in § 18 SGB IX ist Teil des 4. Kapitels des SGB IX. Von seinem Geltungsbereich ausgenommen sind nach § 18 Abs. 7 SGB IX die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsofopferfürsorge. Es gelten keine Ausnahmen für die Krankenversicherungsträger. Wird nun bei der Krankenkasse ein Antrag auf ein entsprechendes Hilfsmittel i. S. d. § 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX gestellt, gelten für das Antragsverfahren die §§ 14 ff. SGB IX vorrangig, letztlich also auch die Kostenerstattungsregelungen nach § 18 SGB IX.

Die abweichenden Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V sind damit nicht nur systematisch inkompatibel, sie treten auch im Rang hinter die Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX zurück, sofern es sich bei den beantragten Leistungen um solche handelt, die nach dem SGB IX der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen sind.¹⁴

¹³ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 229.

¹⁴ Vgl. BSG, Urteil vom 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R.

Die Vorschrift des § 18 SGB IX ist im Verhältnis zu § 13 Abs. 3a SGB V die speziellere Norm für alle in § 42 Abs. 2 SGB IX aufgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen. Hierzu gehören nach § 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX auch Hilfsmittel zum Ausgleich oder zur Vorbeugung einer Behinderung.

Mit den Regelungen der §§ 13 Abs. 3a SGB V und 18 Abs. 3 SGB IX verfolgt der Gesetzgeber die gleichen Ziele. Das Bearbeitungsverfahren soll durch die drohende fiktive Genehmigung beschleunigt werden.¹⁵ Dass für Leistungen zur Teilhabe längere Bearbeitungsfristen geregelt sind, ist dem gegliederten und komplexen Leistungssystem geschuldet und sachgerecht.

Kritische Einwände gegen die Entscheidungen des BSG vom 15.03.2018, die sich auf die beschleunigende Absicht des § 13 Abs. 3a SGB V stützen und in einem Anwendungsausschluss medizinischer Rehabilitationsleistungen einen Verstoß gegen § 2 Abs. 2 SGB I sehen,¹⁶ können daher nicht überzeugen.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

¹⁵ Vgl. Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32 und BT Drs. 18/9522, S. 238.

¹⁶ Sozialgericht für das Saarland, Urteil v. 28.03.2018, S 1 KR 781/16, juris Rn.30 f.