

## L 16 KR 154/14 B ER und L 16 KR 155/14 B

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

16

1. Instanz

SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen

S 28 KR 1/14 ER

Datum

31.01.2014

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 16 KR 154/14 B ER und L 16 KR 155/14 B

Datum

26.05.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerden der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dortmund vom 31.01.2014 werden zurückgewiesen. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Streitig ist die Versorgung der Antragstellerin mit einem Rollstuhl.

Die 1999 geborene Antragstellerin ist schwerbehindert. Ihr sind unter anderem die Merkzeichen "G" (erhebliche Gehbehinderung), "B" (ständige Begleitung), "H" (Hilflosigkeit) bewilligt. Sie leidet unter anderem an einer mitochondrialen Myopathie (mit Retardierung der Körpermotorik). Die Antragstellerin besucht eine Realschule.

Die Kinderärztin Dr. C stellte am 29.08.2013 eine Verordnung für einen Leichtlauf-Faltrollstuhl der Firma ProAktiv Traveller mit Sitzeinheit nach Maß und Zubehör aus. Der Kostenvoranschlag für den Rollstuhl der Firma Proaktiv beläuft sich auf einen Betrag von 5.025,22 EUR (P GmbH vom 02.09.2013). Auf eine weitere Verordnung vom 05.11.2013 bezüglich eines Leihrollstuhls genehmigte die Antragsgegnerin die Übernahme der Kosten für einen Leichtgewicht-Rollstuhl für leihweise zwölf Wochen (Bescheid vom 05.12.2013).

Nach Eingang des Antrags auf Kostenübernahme am 05.09.2013 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, es fehlten zur Bearbeitung noch wichtige Informationen des behandelnden Arztes. Dieser müsse den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Nach Eingang einer Antwort melde man sich kurzfristig; zugleich wandte sie sich an die behandelnde Kinderärztin. Dem Leistungserbringer wurde mitgeteilt, der Kostenvoranschlag sei nicht vertragskonform. Nach den geltenden vertraglichen Regelungen könne die Kostenübernahme für einen Aktivrollstuhl im Rahmen der Versorgungspauschale für einen Gewährleistungszeitraum von 24 Monaten erfolgen. Die Pauschale betrage 2100,00 EUR zuzüglich ermäßigter Mehrwertsteuer. Zurüstungen und Sonderbauteile, die nicht in der Pauschale geregelt, jedoch medizinisch notwendig seien, könnten mit einem 25-prozentigen Rabatt auf den Listenpreis zuzüglich ermäßigter Mehrwertsteuer zusätzlich abgerechnet werden. Um Übersendung eines geänderten Kostenvoranschlages werde gebeten. Die Firma P GmbH teilte daraufhin unter dem 09.09.2013 mit, bei dem von der Familie der Antragstellerin ausgesuchten Rollstuhl handele es sich um einen Rollstuhl in Sonderbau. Dieser Rollstuhl falle nicht in eine Versorgungspauschale von 2.100,00 EUR. Daher könne kein geänderter Kostenvoranschlag übersandt werden.

Unter dem 26.09.2013 teilte die Antragsgegnerin der Mutter der Antragstellerin mit, die Unterlagen seien an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeleitet worden. Sobald eine Antwort des MDK vorliege, erhalte die Antragstellerin weitere Mitteilung. Der Eingang der Stellungnahme des MDK Bayern ("Versorgung aus medizinischer Sicht nicht plausibel; Versicherte ist relativ sicher gehfähig und mobil. Allein aus Transportgründen besteht kein Grund für die jetzt gewünschte Versorgung. Medizinisch nicht nachvollziehbar ist auch die Orthesensitzschale. Eine kostengünstigere Versorgung mit Faltrollstuhl bei Bedarf sollte geprüft werden. Gegebenenfalls muss zu einer Begutachtung vor Ort geraten werden ...") ist aus den Akten nicht ersichtlich. Am 07.10.2013 wurde telefonisch mit der Mutter der Antragstellerin Rücksprache gehalten (und mutmaßlich auch die Einschaltung des MDK vor Ort besprochen). Das (weitere) Gutachten des MDK Westfalen-Lippe vom 24.10.2013 ging bei der Antragsgegnerin am 06.11.2013 (Eingangsstempel) ein. Der MDK ging von einer Rollstuhlspflichtigkeit der Antragstellerin aus, da diese nicht mehr frei stehen könne und eine zunehmende Schwäche der Extremitätenmuskulatur eintrete. Die Versorgung mit einem Aktivrollstuhl in der Standardausführung sei als ausreichend und vorrangig anzusehen. Nach Angaben der Familie sei der Rollstuhl beantragt worden wegen des Transportes mit dem Taxi. Es sei besprochen worden,

dass mit dem jetzt notwendigen Rollstuhl das Transportmittel geändert werden müsse.

Mit Schreiben vom 05.11.2013 teilte die Antragsgegnerin der Antragstellerin mit, die Versorgung mit dem verordneten Rollstuhl könne nicht erfolgen. Im Wesentlichen wiederholte sie die Ausführungen des MDK im Gutachten vom 24.10.2013. Die Antragstellerin möge sich mit dem Sanitätshaus P GmbH in Verbindung setzen, damit ein geänderter Kostenvoranschlag eingereicht werden könne. Soweit nach Besprechung mit dem behandelnden Arzt weitere medizinische Unterlagen oder eine ärztliche Begründung bis zum 26.11.2013 vorgelegt würden, erfolge eine erneute Prüfung des Antrags. Nach Eingang der Antwort bzw. nach Ablauf dieser Frist werde die Entscheidung der Antragsgegnerin mitgeteilt.

Die Gutachten des MDK Bayern sowie des MDK Westfalen-Lippe wurden der Antragstellerin unter dem 12.11.2013 übersandt.

Und dem 28.11.2013 meldete sich für die Antragstellerin der jetzige Prozessbevollmächtigte. Er teilte mit, die Antragstellerin müsse fünfmal in der Woche zur Realschule gefahren werden. Aufgrund des Schulbesuches müsse sie bei der von der Antragsgegnerin vertretenen Auffassung acht Stunden oder länger täglich dauernd in dem Standardrollstuhl verbringen. Mit dem beantragten Rollstuhl könne die Antragstellerin mit einem Taxi transportiert werden. Hierbei würden lediglich Kosten i.H.v. 5,00 EUR anfallen. Bei der Benutzung eines Standardrollstuhls könne ein Transport mit dem Taxi nicht erfolgen. Dann müsse ein Rollstuhltransport etwa mit einem Kleinbus erfolgen. Die Kosten lägen insoweit deutlich höher. Eine Kostenerstattung durch die Stadt Hattingen oder andere Behörden erfolge in diesem Fall nicht. Das in dem Kostenvoranschlag aufgeführte Zubehör sei erforderlich. Die Antragstellerin könne aktuell lediglich akzeptieren, dass eine Sitzschale nebst Bezügen nicht erforderlich sei. Im Übrigen berufe sich die Antragstellerin auf den Grundgedanken der Regelung in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#).

Mit Bescheid vom 05.12.2013 lehnte die Antragsgegnerin den Antrag auf Versorgung mit dem verordneten Rollstuhl ab.

Gegen den ablehnenden Bescheid legte die Antragstellerin am 13.12.2013 Widerspruch ein.

Am 02.01.2014 hat die Antragstellerin beim Sozialgericht Dortmund den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt. Zur Begründung ist im Wesentlichen der Inhalt des Schreibens vom 28.11.2013 wiederholt und darauf hingewiesen worden, ihr sei es nicht zumutbar, den Ablauf des Widerspruchsverfahrens und ein sich daran anschließendes Klageverfahren abzuwarten. Nach Beendigung der Ferien am 07.01.2014 würden für die Antragstellerin nicht zumutbare Kosten entstehen. Die Versorgung lediglich mit einem Standardrollstuhl sei aus medizinischen Gründen nicht vertretbar und unzumutbar.

Das Sozialgericht hat Behandlungs- und Befundberichte der behandelnden Ärzte der Antragstellerin angefordert. Die behandelnde Kinderärztin führt in dem Behandlungs- und Befundbericht vom 16.01.2014 aus, die Bereitstellung eines Faltrollstuhls werde befürwortet, um die Mobilität inklusive Schulbesuch zu gewährleisten. Die Versorgung mit einer Sitzschale zum jetzigen Zeitpunkt sei nicht notwendig. Eine Alternative zu einer Rollstuhlversorgung bestehe nicht. Ein Faltrollstuhl würde die Transportkosten reduzieren, da ein Taxiunternehmen beauftragt werden könne statt eines behindertengerechten Fahrdienstes. Außerdem könne der Faltrollstuhl im Familienauto transportiert werden.

Die Antragsgegnerin hat darauf hingewiesen, dass auch im Rahmen der Versorgungspauschale die Versorgung mit Rollstühlen möglich sei, die einen Auto- oder Taxitransporte ermöglichen. Die Antragstellerin bestehe auf einer Versorgung entsprechend der eingereichten Verordnung. Eine alternative Versorgung lehne die Antragstellerin bzw. deren Familie ausweislich der Angaben der P GmbH ab. Die beantragte Kostenübernahme werde weiterhin abgelehnt, alternativ aber die Versorgung mit einem Aktivrollstuhl in der Standardausführung angeboten. Die Antragsgegnerin hat ein Schreiben der P GmbH vom 15.01.2014 vorgelegt, wonach es grundsätzlich möglich sei, passende Rollstühle in der Versorgungspauschale anzubieten.

Mit Beschluss vom 31.01.2014 lehnte das Sozialgericht den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung ab. Ein Anordnungsanspruch bestehe nicht. Die verordnete Sitzschale sei schon ausweislich des Befundberichts der behandelnden Kinderärztin nicht notwendig. Auch der verordnete spezielle Rollstuhl sei nicht notwendig. Im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß [§ 33 SGB V](#) komme es auf die Frage der Transportierbarkeit des Rollstuhls nicht an. Vielmehr bestehe gegen den Schulträger ein Anspruch auf den Transport der Hilfsmittel zur Schule. Dieser habe die Mehrkosten zu tragen. Im Übrigen habe die Antragsgegnerin die Bereitschaft zur Versorgung mit einem faltbaren Rollstuhl im Rahmen der Pauschale erklärt und die Möglichkeit mit dem Hilfsmittel Lieferanten abgeklärt. Ein Anspruch ergebe sich auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Es könne offen bleiben, ob die maßgeblichen Fristen abgelaufen gewesen seien und eine hinreichende Mitteilung durch die Antragsgegnerin erteilt worden sei. Die Vorschrift sei einschränkend auszulegen. Von der Fiktionswirkung seien nur solche beantragten Leistungen erfasst, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hätten. Sinn und Zweck der Vorschrift sprächen für eine einschränkende Auslegung. Ziel der Vorschrift sei die Beschleunigung des Verfahrens. Leistungsansprüche sollten schnell geklärt werden und die Versicherten zügig an die beantragten Leistungen gelangen. Zur Sicherstellung dieses Zweckes sei eine entsprechende Kostenerstattungsregelung aufgenommen worden. Danach hätten die Kassen die vollständigen Kosten für die Selbstbeschaffung zu erstatten, was insbesondere bei einer Abrechnung nach der GOÄ oder GOZ zu höheren Kosten für die Krankenkassen führe. Weitergehende Sanktionsregelungen seien nicht vorgesehen, aber auch nicht notwendig. Im Übrigen ergebe sich auch aus der Gesetzesbegründung eindeutig, dass nur solche Leistungen erfasst würden, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hätten.

Zugleich hat das Sozialgericht die Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Gegen den der Antragstellerin am 03.02.2014 zugestellten Beschluss richtet sich deren Beschwerden vom 26.02.2014. Die Antragstellerin bemängelt, dass das Sozialgericht keinen Befundbericht der Kinderklinik E eingeholt habe, obwohl diese in der Schweigepflichtentbindungserklärung benannt worden sei. Es werde beantragt, im Rahmen der vollständigen Sachverhaltsermittlung der Kinderklinik E eine Anfrage zum ärztlichen Befundbericht zu übersenden. Die Antragstellerin hat insoweit auf einen Schriftsatz vom 31.01.2014 Bezug genommen, der bei dem Sozialgericht erst nach Beschlussfassung eingegangen ist. Darin ist ausgeführt, der Befundbericht der Kinderklinik E sei deshalb erforderlich, weil sich die Antragstellerin dort in der Zeit vom 21.01.2014 bis 24.01.2014 in stationärer Behandlung befunden habe wegen erheblicher Schmerzen in den Beinen. Die Kinderklinik E habe bestätigt, dass die

Antragstellerin den Leichtlauffaltrollstuhl medizinisch benötige, dieser mithin medizinisch erforderlich und ein bloßer Aktivrollstuhl in der Standardausführung nicht ausreichend sei. Die Firma P GmbH habe seinerzeit bestätigt, dass der verordnete Rollstuhl der für die Antragstellerin geeignetste Rollstuhl sei. Es werde bestritten, dass medizinisch gleichwertige Rollstühle existierten. Auf die Rechtsprechung des BSGE zum C-Leg werde verwiesen. Die Antragstellerin hat im Beschwerdeverfahren Arztbriefe der Kinderklinik E vom 19.02.2014, 20.02.2014 und 25.02.2014 zu den Akten gereicht, auf deren Inhalt verwiesen wird.

Der Senat hat einen Behandlungs- und Befundbericht der Kinderklinik E eingeholt. Die Oberärztin Dr. X hat ausgeführt, die Antragstellerin sei nicht ständig auf einen Rollstuhl angewiesen. Kurze Gehstrecken (einige Meter oder auch an guten Tagen bis zu 50 m) könne sie selbstständig zurücklegen. Die Leistungsfähigkeit schwanke jedoch auch tageweise. Einige Zeit könne sie selbstständig sitzen. Aufgrund des Verfalls der Rumpfkontrolle sei dies jedoch auch über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Bezüglich des Rollstuhls sei zu fordern, dass die Antragstellerin diesen im Zweihandantrieb selbst fahren könne, um ihre Selbstständigkeit zu fördern. Ein Standardprodukt, das nicht speziell an die Bedürfnisse der Patientin angepasst sei, komme nicht infrage. Ein anatomisch geformtes Sitz- und Rückenkissen sei notwendig. Die speziellen Körpermaße erlaubten kein Standardprodukt, ein haltbarer Adaptivrollstuhl sei nicht ausreichend. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Behandlungs- und Befundbericht vom 06.05.2014 verwiesen.

Wegen des weiteren Inhalts des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie der Prozessakte Bezug genommen.

II.

Die statthaften und auch im Übrigen zulässigen Beschwerden (§§ 172, 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) der Antragstellerin vom 26.02.2014 gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dortmund vom 31.01.2014 sind unbegründet.

1.

Das Sozialgericht hat es zu Recht abgelehnt, die Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, die Antragstellerin mit dem Hilfsmittel Aktiv-Leichtlauf-Faltrollstuhl Traveller Classicline der Firma ProActiv mit anatomischer Sitz-Rückeneinheit nach Maß zu gewähren.

Die Voraussetzungen für den Erlass der begehrten einstweiligen (Regelungs-) Anordnung gemäß § 86b Abs. 2 S. 2 SGG liegen nicht vor.

Nach § 86b Abs. 2 S. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer Regelungsanordnung setzt die Glaubhaftmachung (§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG i.V.m. 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung (ZPO)) eines materiell-rechtlichen Anspruchs auf die begehrten Leistungen (Anordnungsanspruch) sowie einer Eilrechtsschutz rechtfertigenden Eilbedürftigkeit (Anordnungsgrund) voraus. Dabei stehen Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund nicht isoliert nebeneinander. Es besteht vielmehr eine Wechselbeziehung der Art, dass die Anforderungen an den Anordnungsanspruch mit zunehmender Eilbedürftigkeit bzw. Schwere des drohenden Nachteils zu verringern sind und umgekehrt.

Aus Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) können sich besondere Anforderungen an die Ausgestaltung des Eilverfahrens ergeben, wenn ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen entstehen können, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären. Die Gerichte müssen in solchen Fällen, wenn sie sich an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren wollen, die Sach- und Rechtslage nicht nur summarisch, sondern abschließend prüfen. Dies gilt insbesondere, wenn das einstweilige Rechtsschutzverfahren vollständig die Bedeutung des Hauptsacheverfahrens übernimmt und eine endgültige Verhinderung der Grundrechtsverwirklichung eines Beteiligten droht. Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Auch in diesem Fall sind die grundrechtlichen Belange des Antragstellers umfassend in die Abwägung einzustellen. Die Gerichte müssen sich schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen stellen. Dies gilt ganz besonders, wenn es um die Wahrung der Würde des Menschen geht (vgl. zu alledem BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 - 1 BvR 569/05).

a)

Zur Überzeugung des Senats ist ein Anordnungsanspruch, d.h. ein materiell-rechtlicher Anspruch auf Versorgung mit den begehrten Hilfsmitteln, nicht glaubhaft gemacht. Die P GmbH bestätigte mit Schreiben vom 15.01.2014, dass ihr die Versorgung der Antragstellerin grundsätzlich mit einem passenden Rollstuhl "in der Versorgungspauschale" möglich sei. Darauf hat die Antragsgegnerin wiederholt hingewiesen und eine entsprechende Versorgung der Antragstellerin angeboten. Auch unter Berücksichtigung der Ausführungen der behandelnden Ärzte der Kinderklinik E spricht derzeit zur Überzeugung des Senats mehr gegen einen Anspruch auf Versorgung mit dem konkret gewünschten Rollstuhl als dafür. Die Ausführungen im Behandlungs- und Befundbericht der Kinderklinik E vom 06.05.2014 stehen dieser - den Ausführungen des MDK entsprechenden - Einschätzung nicht entgegen. Dort wird hinsichtlich des Rollstuhls gefordert, dass die Antragstellerin diesen in Zweihandantrieb selbst fahren können müsse, um ihre Selbstständigkeit zu fördern. Hingegen ist dem Behandlungs- und Befundbericht nicht zu entnehmen, dass eine Versorgung innerhalb der Versorgungspauschale durch im Hilfsmittelverzeichnis unter der Position 18.50.03.0 gelistete Adaptivrollstühle nicht möglich sein soll. Die Aussage, ein Standardprodukt, das nicht speziell an die Bedürfnisse der Patientin angepasst sei, komme nicht infrage, schließt eine entsprechende Versorgung nicht aus. Vielmehr zeichnen sich die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Adaptivrollstühle gerade dadurch aus, dass sie an die Bedürfnisse des Nutzers angepasst werden können. Den bisher vorliegenden medizinischen Unterlagen vermag der Senat nicht zu entnehmen, dass eine den Bedürfnissen der Antragstellerin genügende Versorgung nicht möglich wäre. Die von der Antragstellerin zur Begründung ihres spezifischen Versorgungswunsches in den Vordergrund gestellte Möglichkeit des leichteren Transportes des Faltrollstuhls zur Schule ist rechtlich unerheblich. Das Sozialgericht hat zutreffend unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG darauf hingewiesen, dass ggf. der Schulträger ein für die Mitnahme des Rollstuhls geeignetes Transportmittel einzusetzen hat.

b)

Ein Anordnungsanspruch ergibt sich auch nicht aus § 13 Abs. 3a S. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) greift zur Überzeugung des Senats nur ein, wenn der Antrag eine grundsätzlich von der Kasse innerhalb des Systems der GKV geschuldete Leistung betrifft und sie dem Qualitätsgebot ([§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) entspricht.

Der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) steht dieser Auslegung nicht entgegen (a.A. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#); SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - [S 21 KR 282/13](#); SG Nürnberg, Beschluss vom 25.03.2014 - S 7 KR 100/14 ER und Urteil vom 27.03.2014 - [S 7 KR 520/13](#); Noftz in Hauck/Haines, SGB V, Erg.-Lfg. 1/14, § 13 S. 78g ff. m.w.N.). Zwar gilt "die" Leistung nach Ablauf der in S. 1 und 4 vorgesehenen Fristen als genehmigt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine nicht dem Qualitätsgebot ([§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) entsprechende und damit an sich nicht geschuldete Leistung als genehmigt gelten würde (so aber dezidiert Vogl, NZS 2014, 210, der meint, im Zweifel sollten lieber unwirtschaftliche Methoden bezahlt werden, um allzu lange Verfahren um den Nutzen von Behandlungsmethoden zu vermeiden). Die auf S. 6 verengte Wortlautbetrachtung lässt sich mit dem Regelungsgehalt des S. 7, der einen Kostenerstattungsanspruch nur für die Selbstbeschaffung einer "erforderlichen" Leistung einräumt, zur Überzeugung des Senats nicht vereinbaren. Der Regelungsgehalt des S. 7 korrespondiert mit der Absicht des Gesetzgebers lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen zu schaffen (vgl. hierzu den Entwurf des Patientenrechtsgesetz (PatRechtG) [BR-Drs. 312/12](#), S.46, siehe auch [BT-Drs. 17/10488, S. 32](#)). Es fehlen zur Überzeugung des Senats auch nach Einfügung des S. 6 bei Festhalten am Regelungsgehalt des S. 7 Anhaltspunkte dafür, dass die ursprüngliche gesetzgeberische Zielsetzung aufgegeben worden sein könnte, zumal die Beschränkung auf die Selbstbeschaffung einer erforderlichen Leistung in S. 7 faktisch leerlaufen würde. Die Erklärung, der Begriff der Erforderlichkeit habe (nur) die Funktion zu überprüfen, wie der Umfang der Leistung "im Rahmen ihrer Ausführung konkret ausgestaltet oder modifiziert wird" (Noftz, a.a.O., S.78i), überzeugt nicht. Für eine Ausgestaltung oder gar Modifizierung ist kein Raum, denn die Genehmigungsfiktion setzt einen inhaltlich konkreten Antrag voraus. Da faktisch das "Ja" der Kasse zum Antrag fingiert wird, muss dieser inhaltlich so bestimmt sein, dass ein entsprechender förmlicher Verwaltungsakt im Sinne des [§ 33 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) hinreichend bestimmt wäre. Bei einem unbestimmten Antrag kann die Genehmigungsfiktion nicht eingreifen, sie setzt einen fiktionsfähigen Antrag voraus (vgl. zu [§ 42a VwVfG](#) Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 8. Aufl., § 42a Rdnr. 35 m.w.N.). Aus dem Antrag muss sich ergeben, welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen, damit der Umfang der (fiktiven) Bewilligung feststünde. Daher ist nicht ersichtlich, wie bei Bestehen einer Genehmigung noch Raum für die Ausgestaltung der "Erforderlichkeit" der Leistung bleiben soll. Andererseits kann nicht angenommen werden, dass S. 6 und S. 7 einen unterschiedlichen Regelungsgehalt haben, also die Kostenerstattung sich auf erforderliche Leistungen beschränken soll, während S. 6 dem Versicherten einen weitergehenden Sachleistungsanspruch einräumen würde.

Dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) auf die Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens zielt und der raschen Klärung von Leistungsansprüchen dienen soll ([BT-Drs. 17/10488, S. 32](#)), rechtfertigt eine abweichende rechtliche Beurteilung zur Überzeugung des Senats nicht. Dagegen sprechen neben der Entstehungsgeschichte der Norm auch systematische Überlegungen. Die ursprüngliche Gesetzesfassung des S. 6 sah eine an [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) orientierte Regelung vor ([BT-Drs. 17/10488, S. 32](#)). Unterblieb die Mitteilung eines hinreichenden Grundes, konnte der Versicherte der Kasse eine angemessene Frist für die Entscheidung setzen und darauf hinweisen, dass er sich nach Fristablauf die erforderliche Leistung selbst beschaffen werde, während die Kostenerstattungsregelung in S. 7 im Wesentlichen den gleichen Inhalt hatte wie die jetzige. In der Gesetzesbegründung wurde dazu unter anderem ausgeführt, bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung könne sich der Versicherte die erforderliche Leistung selbst beschaffen, diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip sei eine Sanktion für die Verzögerung der Verwaltungsentscheidung. Der Versicherte sei so zu stellen, als habe die Kasse die Leistung rechtzeitig erbracht ([BT-Drs. 17/10488, S. 32](#) unter Hinweis auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#)). Im Zuge der Gesetzesberatung erhielt S. 6 die jetzige Fassung. Begründet wurde die Änderung damit, S. 6 sehe nunmehr vor, dass die Leistung nach Fristablauf ohne Nennung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist als genehmigt gelte. Eine zusätzliche eigene Fristsetzung sei nicht mehr als Voraussetzung für eine Selbstbeschaffung vorgesehen, "dies erleichtert es dem Versicherten, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen" ([BT-Drs. 17/11710, 30](#)). Die Genese der jetzigen Regelung zeigt, dass der Gesetzgeber selbstverständlich davon ausgegangen ist, dass sie nur innerhalb der Systemgrenzen der GKV gelten soll, wie das Abstellen auf die "erforderliche" bzw. "ihm zustehende" Leistung und der Bezug zum Sachleistungsanspruch belegt. Die Genehmigungsfiktion sollte nur die Beschaffung der zustehenden Leistung einfacher machen, der Gesetzgeber verband mit ihr offenkundig nicht die Vorstellung, dass insoweit künftig auch "nicht zustehende" Leistungen fiktiv bewilligt werden sollten.

S. 6 hatte in der ursprünglichen Fassung ausschließlich die Funktion der Vorbereitung des in S. 7 eingeräumten Kostenerstattungsanspruchs. Der Versicherte musste der Krankenkasse nochmals Gelegenheit zur Entscheidung geben, bevor er sich die Leistung selbst beschaffen und die Kosten von der Kasse fordern konnte. Diese zusätzliche eigene Fristsetzung sollte als Voraussetzung entfallen, die Genehmigungsfiktion sollte allein die Geltendmachung der Kostenerstattung erleichtern ([BT-Drs. 17/11710, 30](#)). Unverändert ist der Gesetzgeber aber davon ausgegangen, dass die Genehmigungsfiktion nur die Verfolgung eines Kostenerstattungsanspruchs vorbereiten soll. S. 6 ist also zusammen mit S. 7 zu lesen, dem Versicherten soll einfacher (und rascher) ermöglicht werden, sich eine "erforderliche" (ihm zustehende) Leistung selbst zu besorgen. Der Gesetzesbegründung lässt sich aber an keiner Stelle entnehmen, dass mit der Neufassung ein weitergehender Zweck wie etwa die Entlastung der Versicherten von dem Risiko einer Fehlbeurteilung der Leistungsberechtigung verfolgt worden wäre und der Gesetzgeber den Willen gehabt hätte, über S. 6 auch die Einstandspflicht der Krankenkassen für nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasste Leistungen begründen zu wollen.

Dagegen sprechen auch systematische, die sonstigen Kostenerstattungsregelungen in [§ 13 SGB V](#) und [§ 15 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) in Bezug nehmende Erwägungen. Sämtliche Kostenerstattungsregelungen reichen nicht weiter als der Naturalleistungsanspruch aus [§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V](#). Ein davon abweichendes (weites) Verständnis des [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#), dass auch die Erstattung von an sich nicht geschuldeten Leistungen ermöglichte, erscheint systemfremd. Der Begriff der Erforderlichkeit in [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#) hätte dann einen anderen Inhalt als der in [§ 15 Abs. 1 S. 3 SGB IX](#), obwohl sich der Gesetzgeber bei Schaffung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) an [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) orientiert hat ([BT-Drs. 17/10488, 32](#)).

c)

Ebenso wenig lässt sich ein Anordnungsanspruch über [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) begründen; insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts verwiesen ([§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#)).

d)

Wird eine abschließende Klärung zwar erst im Hauptsacheverfahren möglich sein, kommt eine Verpflichtung der Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes vorliegend auch als Ergebnis einer Folgenabwägung nicht in Betracht. Zur Überzeugung des Senats ist es aktuell unter Berücksichtigung des Vortrags der Beteiligten möglich, den Schulbesuch der Antragstellerin in zumutbarer Weise sicherzustellen.

2.

Aus den Gründen zu II. 1. hatte der Antrag von Anbeginn an keine hinreichende Erfolgsaussicht im Sinne der [§§ 73a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [114 S. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO). Die Einholung eines Befundberichts im Beschwerdeverfahren rechtfertigt vorliegend deshalb die Gewährung von Prozesskostenhilfe nicht, weil sie lediglich der Ausräumung letzter Zweifel diene.

3.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 Abs. 1 S. 1 SGG](#) bzw. - hinsichtlich der gegen die Versagung von Prozesskostenhilfe durch das Sozialgericht gerichteten Beschwerde - auf [§§ 73a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 127 Abs. 4 ZPO](#).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-06-12