

S 8 KR 497/20

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 8 KR 497/20
Datum
11.03.2024
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

Im Rahmen einer eingetretenen Genehmigungsfiktion ist es grob fahrlässig, sofern sich ein Versicherte Heilmittel ohne ärztliche Verordnung in Anspruch nimmt. Dies schließt insoweit einen Anspruch auf Kostenerstattung aus.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

Der 1934 geborene und 2023 verstorbene Versicherte war bei der Beklagten versichert. Die Klägerin war seine Tochter und als seine Betreuerin bestellt worden. Er wohnte seit dem 09.02.2015 in einem Einzelzimmer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Die Pflegekasse hatte bei ihm zunächst Pflegestufe 2 festgestellt. Der Versicherte beantragte die Übernahme der Kosten für eine Reha-Maßnahme mit einem Gangroboter am 24.07.2019, welche die Beklagte mit Bescheid vom 27.08.2019 ablehnte. Der Versicherte beantragte im Anschluss erfolglos die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme beantragt (Bescheid vom 09.10.2019, Widerspruchsbescheid vom 23.01.2020). In diesem Antrag führte er aus, dass sie die Ablehnung der nachträglichen Erstattung der Kosten akzeptiere.

Die Beklagte übersandte ihm mit Schreiben vom 13.03.2020 die Antragsunterlagen für eine medizinische Rehabilitation. Mit Antrag vom 20.03.2020 sowie Schreiben vom 04.05.2020, bei der Beklagten am 07.05.2020 eingegangen, beantragte er eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme bei dem Leistungsanbieter H. in B-Stadt. Er habe in den letzten sechs Monaten Physiotherapie, Ergotherapie, Gangschule, Gymnastik im Heim sowie Logopädie erhalten, allerdings privat bezahlt. Sein Arzt verordnete ihm am 30.04.2020 medizinische Rehabilitation wegen den Diagnosen I69.3 (Folgen eines Hirninfarktes), G81.0 (Hemiparese und Hemiplegie) sowie R47.1 (Dysarthrie). Als weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen gab er R52.2 G (Chronischer Schmerzpatient), I10.90 G (Arterielle Hypertonie) sowie E11.74 G (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus) an. Nach Apoplex bestehe eine unveränderte Dysarthrie, Folgen nach Hirninfarkt, zunehmende Immobilität, Sturzneigung, Pflegebedürftigkeit sowie zunehmende depressive Stimmungslage. Als rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde würden Gehbeschwerden, Hemiparese rechts spastisch, Dysarthrie sowie Schluckstörung und ausgeprägte Störung der Greiffunktion der rechten Hand bestehen. Er verfüge über einen Rollstuhl. Bei dem Lernen- und Wissensanwendung, den allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, der Kommunikation, der Mobilität, der Selbstversorgung benötige der Versicherte personelle Hilfe. Er fühle sich durch Dysarthrie und hinsichtlich Hilfeleistung, auf die er angewiesen sei, beschämt und ausgegrenzt. Er habe sozialen Kontakt nur zu den eigenen Kindern. Risikofaktoren oder Gefährdung würden durch Bewegungsmangel sowie Übergewicht bestehen. Rehabilitationsziele seien eine Verbesserung der Mobilität- / Alltagskompetenz sowie der Sturzneigung. Das Rehabilitationsziel aus der Sicht des Patienten sei die Möglichkeit der Selbstständigkeit (selber stehen und gehen können). Es bestehe eine positive Prognose. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation sei die häusliche Versorgung gesichert. Es sei ein PKW und eine Begleitperson erforderlich. Dem Antrag war ein Befundbericht vom 30.03.2020 beigefügt gewesen. Danach habe der Versicherte insgesamt 12 Einheiten im Lokomat Pro trainiert. Zu Beginn des Trainings sei der Gewichtsentlastungsgurt im Stehen angelegt worden. Der Versicherte stand dabei mit mittlerer Unterstützung des Therapeuten auf und hielt sich mit beiden Händen an den Haltegriffen fest. Die rechte Hand hielt sich dabei je nach Tagesform konstant fest. In den ersten Therapieeinheiten fiel eine deutlich reduzierte cardiopulmonale Belastbarkeit auf, die sich im Verlauf verbessert habe. Die endgradige Streckung in der Standbeinphase beider Kniegelenke sei aufgrund verkürzter Muskulatur auf der Oberschenkelrückseite

nicht möglich gewesen. Zudem klagte der Versicherte über Dehnungsschmerzen im Bereich der betroffenen Muskelgruppen. Aufgrund des intensiven Bewegungstrainings war die Extension in beiden Kniegelenken inzwischen endgradiger möglich, wobei das rechte Knie in der Streckung beweglicher sei als das linke. Ihm sei es mittlerweile möglich, in das vorgegebene physiologische Bewegungsmuster des Lokomat Pro einzusteigen und aktiv mitzugehen. Um das erreichte Aktivitätsniveau zu halten und weiter ausbauen zu können, sei ein weiteres intensives Training dringend indiziert. Als Rehabilitationsziele benannte der Versicherte das selbstständige Aufstehen und Stehen, selbstständig einige Schritte, insbesondere zur Toilette, gehen können und die rechte obere Extremität bei kleinen Alltagshandlungen einsetzen zu können. Die Einrichtung empfahl Armtraining aktiv mit Biofeedback, Ergotherapie, physiologische Gangschule mit robotischer Unterstützung, Logopädie sowie Physiotherapie. Der Versicherte reichte zudem ein Video von sich bei Übungen ein.

Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein und informierte die Klägerin als Betreuerin des Vaters darüber. Sie recherchierte, dass keine vertragliche Vereinbarung mit dem Leistungserbringer bestehe. In seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 27.05.2020 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die ambulante Rehabilitationsmaßnahme medizinisch nicht erforderlich sei. Angesichts der vorliegenden deutlichen Funktionseinschränkungen nach erlittenem Hirninfarkt vor ca. 20 Jahren mit daraus resultierender Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 4 würde keine Rehabilitationsbedürftigkeit und auch kein realistisches Rehabilitationsziel bestehen. Eine Verbesserung der Mobilität und der Alltagskompetenz seien 20 Jahren nach dem Schlaganfall nicht zu erwarten, d. h. es bestehe keine positive Rehabilitationsprognose. Eine Gangschulung mit robotischer Unterstützung sei medizinisch nicht erforderlich. Das H. habe zudem keine Kassenzulassung für eine ambulante Rehabilitation. Es sei eine aktivierende Pflege und Verordnung von Krankengymnastik und Ergotherapie im Pflegeheim vorrangig.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 24.06.2020 ab. Die Maßnahme sei nicht erforderlich, da dadurch keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei.

Der Versicherte legte, vertreten durch die Klägerin, Widerspruch dagegen ein. Es sei seit Jahren keine kassenfinanzierte Ergotherapie durchgeführt worden. Der Versicherte sei nach dem ärztlichen Attest vom 14.07.2020 in seiner körperlichen, seelischen und geistigen Verfassung in der Lage, an der Behandlung teilzunehmen. Es bestehe absolute Motivation und eine reale Aussicht auf Erfolg im Sinne einer vermehrten Einbindung in Gruppenaktivitäten und damit Teilhabe am Gemeinschaftsleben im Pflegeheim. Die genannten Rehabilitationsziele würden für den Versicherten im Bereich des Erreichbaren liegen. Aus ärztlicher Sicht würden wir eine positive Rehabilitationsprognose durch verminderten Verbrauch von Analgetika und Stimmungsaufhellern, verbesserte Mobilität, reduzierte Sturzgefahr und Erleichterung der Pflege bestehen. Gerade das Therapiekonzept im neurologischen Reha-Zentrum mit zielgerichteter Koordination der einzelnen therapeutischen Disziplinen würde den Schlüssel zum Erfolg stellen.

Die Beklagte holte eine weitere sozialmedizinische Stellungnahme zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ein. Danach lasse sich bei dem Versicherten die medizinische Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Behandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme nicht erkennen. Bereits bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sei bei dem Versicherten eine fortgeschrittene Verwirrtheit festgestellt worden. Der Versicherte sei zeitlich und örtlich nicht orientiert, zur Person teilweise orientiert und situativ eingeschränkt. Das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis sei lückenhaft. Eine Besserung des Zustandes gehe aus den vorliegenden Unterlagen nicht hervor, sodass keine ausreichende notwendige Belastbarkeit und Motivierbarkeit für die beantragte Rehabilitationsmaßnahme zu erkennen seien. Bereits im Pflegegutachten aus Dezember 2016 werde festgestellt, dass eine Gehunfähigkeit und Rollstuhlspflichtigkeit bestehe. Eine Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten liege insbesondere aufgrund der kognitiven Defizite nicht vor. Die Rehabilitationsziele „Verbesserung der Mobilität, Alltagskompetenz und Sturzneigung, eine Prophylaxe des Kontrakturrisikos und eine Vermeidung voller Invalidität“ seien unrealistisch. Bei Zustand nach Hirninfarkt 20 Jahre zuvor und seit mindestens fünf Jahren nachweislich bestehender Gehunfähigkeit und Rollstuhlpflichtigkeit sei bei einem 85-jährigen Patienten nicht davon auszugehen, dass eine deutliche Besserung der neurologischen Funktionseinschränkungen und somit eine Verringerung des Pflegegrad 4 bewirkt werden könne. Auch sei eine Verschlechterung der Pflegesituation durch eine Rehabilitationsmaßnahme nicht zu verhindern. Bei unrealistischen Rehabilitationszielen bestehe keine positive Rehabilitationsprognose. Die Verordnung von Heilmitteln könne auch mittels Hausbesuches erfolgen.

In einer weiteren Stellungnahme vom 11.08.2020 führte der MD aus, dass weder für eine ambulante noch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme Rehabilitationsbedürftigkeit noch Rehabilitationsfähigkeit vorliege.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.09.2020 zurück. Sie verwies auf die eingeholten Stellungnahmen und wiederholte sie. Es bestehe weder eine positive Rehabilitationsprognose noch Rehabilitationsfähigkeit. Vorrangig, ausreichend und zweckmäßig seien die Möglichkeit der ambulanten Krankenbehandlung am Wohnort, der Medizinische Dienst empfehle dringend eine ambulante neurologische und ggf. schmerztherapeutische Facharztbehandlung, Maßnahmen der aktivierenden Pflege sowie Heilmittelanwendungen mittels Hausbesuchs, ggf. im Rahmen der Langzeitverordnung. Zudem bestand neben den fehlenden medizinischen Voraussetzungen auch kein Versorgungsvertrag nach [§ 111c SGB V](#). Eine Leistungsgewährung sei unabhängig von dem Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit ausgeschlossen.

Der Versicherte hat mit Schriftsatz seiner Betreuerin vom 07.10.2020 Klage dagegen erhoben. Er habe im Februar 1997 einen Schlaganfall erlitten, von dem er sich gut erholt habe. Bis zum 10.12.2014 sei er noch in der Lage gewesen, selbstständig im Haus zu leben und alleine zu laufen. Aufgrund der unzureichenden therapeutischen Versorgung in den Jahren habe sich sein Zustand langsam verschlechtert. Seit Februar 2015 lebe er im M-Stift. Er sei seit einigen Jahren Sozialhilfeempfänger und habe für die Therapie in der gesamten Familie Geld gesammelt. Seine Bewegungsfähigkeit sei durch die Therapie verbessert worden. Hausbesuche seien während der Corona-Pandemie verboten gewesen. Im Oktober 2020 habe er die Maßnahme beenden müssen. Die Stellungnahme des MDK würde nicht die Voraussetzungen für ein sozialmedizinisches Gutachten erfüllen und nicht den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach [§ 282 SGB V](#) zur sozialmedizinischen Begutachtung im Bereich „Vorsorge und Rehabilitation“ erfüllen; diese Begutachtungsanleitung reichte sie ein. Der Gutachter würde nur rechtliche Ausführungen machen und nicht die medizinischen Voraussetzungen prüfen. Sie ist der Ansicht, dass die Leistungen im Bereich der ambulanten Rehabilitation nicht den Leistungen im Bereich der Heilmittelversorgung nachgeordnet. Dies sei nicht von dem gesetzgeberischen Ziel des [§ 40 SGB V](#) gedeckt. Sie behauptet, dass eine Behandlung mit dem Lokomat keine Behandlungsmethode darstelle.

Der Versicherte reichte einen neurologischen Bericht vom 01.10.2020 für den Zeitraum vom 18.06.2020 bis 01.10.2020 ein, wonach er Physiotherapie und eine physiologische Gangschule mit dem Lokomat durchführte; auf dessen weiteren Inhalt wird Bezug genommen. Die Klägerin reichte die Rechnung des H. für den Zeitraum vom 31.07.2019 bis zum 28.09.2020 ein. Diese rechneten sowohl Krankengymnastik

auf neurophysiologischer Grundlage, physiologische Gangschule mit Lokomat Pro als auch Logopädie als auch Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, Bobath, Ergotherapie und Gleichgewichtstherapie ab. Die Therapie habe ambulant stattgefunden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Erbegemeinschaft, bestehend aus der Klägerin, Herrn C. A. und Herrn D. A., unter Aufhebung des Bescheides vom 24.06.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.09.2020 die Kosten i. H. v. 6.411,-€ zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verwies auf die angefochtenen Bescheide sowie die Verwaltungsakte. Sie wiederholte ihr Vorbringen. Bei einer umfassenden Leistungsüberprüfung sei hinsichtlich der in Anspruch genommenen Lokomat-Therapie festzustellen, dass es sich um eine außervertragliche ambulante Leistung ohne Einbindung in das vertragsärztliche System der gesetzlichen Krankenversicherung handeln würde. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme würden nicht vorliegen. Die Leistung sei auch nicht unaufschiebbar. Die Kosten, welche für die Zeit vor der Ablehnung entstanden seien, könnten nicht erstattet werden. Dies betreffe den Zeitraum vom 15.02.2020 bis zum 03.03.2020 sowie vom 18.06.2020 bis zum 01.10.2020. Zudem sei die Entscheidung rechtmäßig. In der Stellungnahme des MD vom 04.01.2021 sei zu Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der verschiedenen Formen und Stadien der Gangstörungen wie auch der möglicherweise damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen seien differenzierte Vorgehensweisen evaluiert worden, welche eine Orientierung der Therapieausrichtung in den meisten Situationen ermöglichen. Dabei sei insbesondere in komplexen Erkrankungssituationen ein meist ärztlicherseits, ggf. auch interdisziplinär koordiniert anzupassendes Therapiekonzept Standard im Rahmen des Sach- und Dienstleistungsprinzipes erforderlich. Nach den Unterlagen sei nicht von einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung auszugehen mit notstandsähnlichem Charakter oder einer wertungsmäßig damit gleichgestellten Erkrankung auszugehen. Zudem sei es nicht nachvollziehbar, dass sämtliche vertragliche Optionen ausgeschöpft, unzumutbar oder unverträglich seien. Im ambulanten Versorgungssektor seien zunächst auf die Option von ärztlichen Verordnungen gemäß den Heilmittel-Richtlinien hinzuweisen. Auch sei die Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht belegt.

Die Beklagte wies darauf hin, dass der Leistungsanbieter H. seit dem 01.01.2020 eine zugelassene Einrichtung für die Erbringung von Heilmittelanwendungen in Form von Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie ist. Eine zukünftige Heilmittelerbringung sei daher mit entsprechenden Verordnungen möglich. Eine Kostenerstattung für die Lokomat-Therapie würde am Fehlen der vertragsärztlichen Verordnung scheitern. Es entziehe sich ihrer Kenntnis, warum der Versicherter keine Heilmittelanwendungen im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung zu ihren Lasten in der seit dem 01.01.2020 für die Erbringung von Heilmitteln zugelassenen Einrichtung in Anspruch genommen habe.

Das Gericht hat die kompletten Unterlagen des MDK beigezogen. Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten bei den Versicherten behandelnde Ärzte Dr. S. und Dr. G.

Das Gericht hat am 16.01.2023 einen Erörterungstermin durchgeführt; auf den Inhalt des Sitzungsprotokolls wird Bezug genommen.

Das Gericht wies mit Schreiben vom 07.09.2023 darauf hin, dass eine Entscheidung des Rechtsstreits gemäß [§ 105 Abs. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid möglich ist und hört die Beteiligten dazu an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen. Deren Inhalt war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

A. Der Rechtsstreit konnte gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entschieden werden, weil die Streitsache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

B. Die Klage ist größtenteils zulässig, insbesondere form- und fristgerecht bei dem örtlich zuständigen Gericht gemäß [§§ 57 Abs. 1, 78, 87 Abs. 2, 90 SGG](#) erhoben worden. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 4 SGG](#) statthaft.

Soweit die Klägerin auch die Erstattung eines Betrages von 300,-€ für eine Behandlung am 24.07.2019 begehrt (Rechnung vom 06.08.2019), dürfte die Klage unzulässig sein. Mangels Widerspruch ist der Bescheid vom 27.08.2019 nach [§ 77 SGG](#) bindend geworden, sodass einer Entscheidung in der Sache das Prozesshindernis der entgegenstehenden Bestandskraft entgegenstehen dürfte. Das Gericht kann auch nicht erkennen, dass in dem Antrag auf Gewährung einer ambulanten Rehabilitation gleichzeitig ein Überprüfungsbescheid hinsichtlich des Bescheides vom 27.08.2019 gesehen werden könnte.

C. Die Klage ist auch unbegründet. Die Beklagte hat zu Recht mit den angefochtenen Bescheiden die Gewährung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt, sodass die Klägerin dadurch nicht in ihren Rechten verletzt wird. Ihr steht als Rechtsnachfolgerin (dazu unter I.) kein Kostenerstattungsanspruch zu (dazu unter II.).

I. Die Klägerin ist als Rechtsnachfolger ihres Vaters an diesem Prozess beteiligt. Es besteht allerdings keine Sonderrechtsnachfolge nach [§ 56 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), da der Vater der Klägerin in einem Pflegeheim wohnte, sodass sie mit ihm nicht in einem gemeinsamen Haushalt wohnte. Angesichts des Bezuges von Sozialhilfeleistungen war er auch nicht in der Lage, sie wesentlich zu unterstützen. Aus der Akte ergeben sich vielmehr Hinweise, dass die Kinder und eine Enkelin ihn bei der Selbstbeschaffung der hier streitigen Behandlungen unterstützt haben. Sie ist jedoch als Erbin nach [§ 58 SGG](#) an dem hiesigen Prozess beteiligt.

II. Der Klägerin steht kein Anspruch auf Kostenerstattung zu.

1. Zunächst hatte ihr Vater weder Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewählt noch sich die

Leistungen im Ausland selbstverschafft, sodass bezüglich letzterem auch ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen ist.

2. Der Klägerin steht auch kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V oder [§ 18](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) auf Grund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion zu. Danach hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragsingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragsingang zu entscheiden; über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme hat sie den Leistungsberechtigten zu unterrichten. Sofern die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch 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 ([§ 13 Abs. 3a](#) Sätze 1, 2, [5](#) - 7 SGB V). Der Anspruch besteht aus mehreren Gründen nicht.

a) Sofern der Antrag vom 04.05.2020, bei der Beklagten ausweislich des Poststempels am 07.05.2020 eingegangen, auf die Gewährung einer ambulanten Rehabilitation gerichtet ist, scheidet die Anwendung von [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) aus. Nach [§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V](#) gelten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die [§§ 14](#) - 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

b) Eine Kostenerstattung hinsichtlich der selbstbeschafften ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen kann auch nicht nach [§ 18 SGB IX](#) erfolgen. Nach [§ 18 Abs. 3 SGB IX](#) gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist nach [§ 18 Abs. 1, 2 SGB IX](#) als genehmigt, sofern keine begründete Mitteilung erfolgt oder der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist. Nach [§ 18 Abs. 1 SGB IX](#) steht dem leistenden Rehabilitationsträger eine Frist von zwei Monaten ab Antragsingang zu.

Vorliegend hat der Vater der Klägerin den Antrag am 07.05.2020 eingereicht, die Beklagte hat über diesen Antrag mit Bescheid vom 24.06.2020 und somit innerhalb der Frist von zwei Monaten entschieden. Der Eintritt einer Genehmigungsfiktion scheidet somit vorliegend aus.

c) Soweit der Antrag auf Gewährung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einen Antrag auf Gewährung eines Heilmittels als Sachleistung umzudeuten ist, hat die Beklagte die maßgeblichen Entscheidungsfristen nicht eingehalten. Sie hat zwar den Versicherten bzw. die Klägerin über die Einschaltung des MDK informiert, aber über den am 07.05.2020 eingegangenen Antrag erst mit Bescheid vom 24.06.2020 und damit nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen fünf Wochen entschieden. Dennoch besteht kein Kostenerstattungsanspruch (dazu unter aa) - bb)).

aa) Dies gilt hinsichtlich eines Betrages i. H. v. 3.116,-€ insoweit, als die zugrundeliegenden Leistungen vor der Antragstellung am 07.05.2020 selbstverschafft wurde. Dies betrifft die Rechnungen vom 05.09.2019, 28.02.2020 und 31.03.2020. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung sind trotz Eintritts einer Genehmigungsfiktion keine Kosten zu erstatten, die vor Antragstellung entstanden sind, da die Krankenkasse die ihr gesetzlich eingeräumte Frist haben muss, um über den Antrag entscheiden zu können, sodass eine Selbstverschaffung vor Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht dazu führt, dass die entsprechenden Kosten zu erstatten sind (BSG, Urteil vom 11. Mai 2017, Az.: [B 3 KR 30/15 R](#) - juris - Rn. 42). Die somit vor Antragstellung am 07.05.2020 entstandenen Kosten können somit nicht im Rahmen einer Genehmigungsfiktion erstattet werden.

Das Gericht kann auch in der mit Schreiben der Beklagten vom 13.03.2020 erfolgten Übersendung des Antragsformulars keine Stellung eines Antrages erkennen. Zu diesem Zeitpunkt war die konkret begehrte Leistung, welche der Versicherte beantragen wollte, unklar. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, dem sich das erkennende Gericht im Grundsatz angeschlossen hat, ist zur Reichweite des auf die Genehmigungsfiktion gestützten Kostenerstattungsanspruches nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) in vergleichbarer Weise wie bei der Ermittlung des Verfügungssatzes eines fingierten Verwaltungsaktes erforderlich, dass der Antrag die begehrte und später selbstbeschaffte Leistung hinreichend bestimmt (BSG, Urteil vom 25. März 2021, Az.: [B 1 KR 22/20 R](#) - juris - Rn. 16). Die Übersendung eines Antragsformulars ohne konkrete, ggf. telefonische, Beantragung der Leistung reicht zur Bestimmtheit der Leistung sui generis nach Überzeugung des Gerichts nicht aus.

bb) Darüber hinaus scheidet ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin in der Hinsicht aus, dass dem Versicherte jedenfalls grob fahrlässige Unkenntnis von dem Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruches vorzuwerfen ist. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse auch bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung, sofern der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruches hat (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: [B 1 KR 9/18 R](#) - juris - Rn. 22). Die mit [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) verfolgten Zwecke - Verfahrensbeschleunigung und Sanktionierung der Krankenkassen bei Nichteinhaltung der sich aus der Vorschrift ergebenden Fristen - finden ihre Grenze beim Rechtsmissbrauch. Diesen Rechtsgedanken hat der Gesetzgeber in [§ 18 Abs. 5 SGB IX](#) aufgegriffen und näher konkretisiert. Das dort geregelte Wertungsmodell ist wegen seiner Sachgerechtigkeit auch bei der vergleichbaren Vorschrift des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zur Anwendung zu bringen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: [B 1 KR 9/18 R](#) - juris - Rn. 23). Dabei darf eine nähere Kenntnis des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten nicht abverlangt werden. Das Tatbestandsmerkmal der groben Fahrlässigkeit soll nur eine Kostenerstattung offensichtlich rechtswidriger Leistungen ausschließen. Je offensichtlicher die beantragte Leistung außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, desto eher ist von einer zumindest grob fahrlässigen Unkenntnis (Bösgläubigkeit) der Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung auszugehen. Das ist dann der Fall, wenn sich Versicherte trotz erdrückender Sach- und Rechtslage besserer Erkenntnis verschließen. Dabei kommt es weder auf die Auffassung des behandelnden Arztes und der insoweit erforderlichen Information des Versicherten noch auf formale Ablehnungsentscheidungen noch auf den Meinungsstreit über rechtliche und tatsächliche Umstände, insbesondere unterschiedliche gutachtliche Bewertungen, auch während des Klage- und Rechtsmittelverfahren, sondern nur auf die Qualität der fachlichen Argumente und ihre Nachvollziehbarkeit durch den Versicherten an. Dies schließt Gutgläubigkeit nicht aus (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: [B 1 KR 9/18 R](#) - juris - Rn. 24 - 25). Grobe Fahrlässigkeit wird nach [§ 45 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#) definiert, dass die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde. Es ist dabei ein subjektiver Sorgfaltsmaßstab anzulegen. Dabei müssen einfachste, ganz nahe liegende Überlegungen nicht angestellt werden. Das ist der Fall, wenn nicht beachtet wird, was im gegebenen Fall jedem einleuchten musste. Dabei ist auf die persönliche Urteils- und Kritikfähigkeit, das Einsichtsvermögen und Verhalten der Betroffenen sowie die besonderen Umstände

des Falles abzustellen.

Vorliegend ist allgemein bekannt, dass Heilmittel nur mit ärztlicher Verordnung auf Kosten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen. Die Leistungen nach [§ 32 SGB V](#) müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Zu ihrer Realisierung bedürften die Ansprüche auf Heil- und Hilfsmittel einer vertragsärztlichen Verordnung i. S. d. [§§ 15, 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#). Nach den Vorschriften des 3. Kapitels des SGB V erfüllen die Krankenkassen ihre Verpflichtung zur Gewährung von Krankenbehandlung dadurch, dass sie ärztliche Behandlungen ([§§ 27 Abs. 1, 28 SGB V](#)) als Sachleistung gewähren. Nach Maßgabe von [§§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und [§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dürfen andere Personen zur Hilfeleistung herangezogen werden. Zur ärztlichen Behandlung gehören nach [§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch die Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet oder von ihm verantwortet worden sind. Diese Voraussetzungen werden grundsätzlich und in aller Regel dadurch hinreichend belegt, dass ein Kassenarzt eine in der kassenärztlichen Versorgung verordnungsfähige Dienst- oder Sachleistung auf einem vorgeschriebenen Verordnungsformular („Kassenrezept“) verordnet. Eine solche ärztliche Verordnung von Heilmitteln ist vorliegend nicht erfolgt. Dem Versicherten hätte es sich aufdrängen müssen, dass er für die Verordnung von Heilmitteln ein ärztliches Attest benötigt. Er hat damit nahe liegende Überlegungen nicht angestellt und dabei nicht beachtet, was jedem hätte eingeleuchtet. Vor diesem Hintergrund ist die Kostenerstattung aufgrund einer Genehmigungsfiktion ausgeschlossen.

3. Der Klägerin steht auch kein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) zu. Danach hat die Krankenkasse der versicherten Person die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, sofern [...] sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und der Versicherten für die Selbstbeschaffung der Leistung durch die Leistungsablehnung Kosten entstanden sind sowie die Leistung notwendig ist.

a) Zunächst fehlt es hinsichtlich eines Teilbetrages i. H. v. 3.116,-€ an der Kausalität. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) setzt zwingend voraus, dass eine Krankenkasse den Antrag auf Gewährung einer Sachleistung ablehnt und der Versicherten dadurch auf Grund der Selbstbeschaffung der Leistung Kosten entstehen. Insofern ist für den umgekehrten Fall – Selbstbeschaffung vor der Beantragung der Leistung – keine Kostenerstattung möglich (vgl. Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 13 SGB V](#), Rn. 52). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen allerdings die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im Allgemeinen als Zäsur gesehen wird und die Kostenerstattung nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden; für spätere Leistungen wird der erforderliche Kausalzusammenhang dagegen bejaht. Das Gericht muss nicht ermitteln, ob der über den Betrag von 3.116,-€ hinausgehende geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch wegen einer Vorfestlegung des Versicherten ausgeschlossen ist, da der Kostenerstattungsanspruch jedenfalls materiell-rechtlich scheitert.

b) Soweit die Kosten für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme geltend gemacht werden, scheitert der Anspruch daran, dass die Landesverbände der Krankenkassen mit dem Leistungserbringer keine einheitlichen Versorgungsverträge über die Durchführung der in [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) genannten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen geschlossen haben. Der Kläger konnte damit die vom H. erbrachten Leistungen nicht als ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Es ist zudem sehr zweifelhaft, ob dieser Leistungserbringer überhaupt eine ambulante Rehabilitationsleistung erbringt.

c) Soweit der Versicherte diese Leistungen als Heilmittel in Anspruch genommen hat, fehlt es an der insoweit erforderlichen ärztlichen Verordnung. Auf die Ausführungen unter 2. c) bb) wird ausdrücklich verwiesen.

4. Der Klägerin steht auch kein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V](#) zu. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) hat die Krankenkasse der versicherten Person die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, sofern sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und der Versicherten für die Selbstbeschaffung der Leistung durch die Leistungsablehnung Kosten entstanden sind sowie die Leistung notwendig ist.

Es fehlt an dem insoweit erforderlichen Primäranspruch. Grundvoraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ist, dass der Kläger einen Naturalleistungs- oder Naturalverschaffungsanspruch (Primäranspruch) auf die Sach- oder Dienstleistung hatte, den die zuständige Krankenkasse nicht erfüllt hat. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 S 1 Fall 1 und 2 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Durch die Kostenerstattungsregelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll lediglich in Fällen eines Systemversagens eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenkasse garantierten Versicherungsschutz geschlossen werden. Trotz Unaufschiebbarkeit hat die Krankenkasse nicht einzustehen, wenn der Versicherte sich eine Maßnahme beschafft hat, die unter jedem Gesichtspunkt (selbst unter demjenigen des Systemversagens) vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen ist. Infolgedessen besteht der Kostenerstattungsanspruch unabhängig von der Eilbedürftigkeit nur für medizinische Maßnahmen, die ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sind oder nur deswegen nicht erbracht werden können, weil ein Systemversagen die Erfüllung der Leistungsansprüche Versicherter im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 8. September 2015, Az.: [B 1 KR 14/14 R](#) – juris – Rn. 17).

Aus den Ausführungen unter 3. ergibt sich, dass ein solcher Primäranspruch nicht besteht. Nur ergänzend ist auszuführen, dass ein Systemversagen der Beklagten – unabhängig von der nicht fristgemäßen Entscheidung – ebenfalls nicht erkennbar ist, sodass auch ein sachleistungsersetzender Kostenerstattungsanspruch nicht in Betracht kommt.

5. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen sind Kostenerstattungsansprüche der Klägerin ausgeschlossen.

D. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und trägt dem Ausgang der jeweiligen Verfahren Rechnung. Die Berufung ist nach [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, da die Klägerin Kostenerstattung i. H. v. 6.411,-€ geltend macht, sodass der maßgebliche Wert des Beschwerdegegenstands von 750,-€ überschritten ist.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-06-27