

L 5 KR 277/16

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 13 KR 426/15
Datum
25.08.2016
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 277/16
Datum
02.03.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Leistung liegt nicht schon dann offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des Urteils des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016 – [B 1 KR 25/15 R](#), wenn es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keine Empfehlung nach [§ 135 SGB V](#) abgegeben hat.

1. Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 25.08.2016 sowie der Bescheid der Beklagten vom 20.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.07.2015 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger die Kosten für die am 27.03.2015 durchgeführte radiofrequenzinduzierte Thermotherapie (RFITT) in Höhe von 1.630,10 EUR zu erstatten.
2. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine radiofrequenzinduzierte Thermotherapie (RFITT) in Höhe von 1.630,10 EUR hat.

Der 1935 geborene Kläger, der bei der Beklagten krankenversichert ist, litt an einer ausgeprägten Stammvenenerkrankung (Varizen der unteren Extremitäten) beidseits. Mit Schreiben vom 23.04.2014, bei der Beklagten eingegangen am 27.11.2014, beantragte der Facharzt für Chirurgie Dr. für den Kläger eine Behandlung mittels RFITT und legte einen Kostenvoranschlag vor. In einer ärztlichen Bescheinigung vom 21.11.2014 führte er aus, aufgrund des fort-geschrittenen Alters sei diese Behandlung als schonendste Technik empfohlen worden. Am 06.01.2015 veranlasste die Beklagte eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Mit Schreiben vom 07.01.2015 teilte sie dem Kläger mit, sein Anliegen könne nicht so schnell wie gewohnt bearbeitet werden. Er werde um Geduld gebeten und erhalte schnellst-mögliche Antwort. Die Unterlagen seien dem MDK mit der Bitte um Stellungnahme übersandt worden. Dr. G und Dr. S, MDK, gelangten in ihrem Gutachten vom 13.01.2015 zu dem Ergebnis, die begehrte Behandlung könne sozialmedizinisch nicht empfohlen werden. Es handele sich um eine neue Behandlungsmethode, die nur gewählt werden könne, wenn eine akute, lebensbedrohliche Situation vorliege. Diese sei hier nicht erkennbar. Mit Bescheid vom 20.01.2015 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Am 27.03.2015 führte Dr. die RFITT beim Kläger durch und stellte hierfür einen Betrag von 1.630,10 EUR in Rechnung, den der Kläger beglich. Durch Widerspruchsbescheid vom 01.07.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, es handele sich um eine neue Behandlungsmethode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bisher keine Empfehlung abgegeben habe.

Hiergegen hat der Kläger am 28.07.2015 Klage beim Sozialgericht Speyer erhoben. Er hat vorgetragen, ein Kostenerstattungsanspruch resultiere aus dem Eintritt der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Durch Urteil vom 25.08.2016 hat das Sozialgericht die Klage ab-gewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Der Kläger habe keinen Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte auf die durchgeführte Behandlung gehabt, weil es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handele, die noch nicht vom GBA anerkannt sei. Auch ein Ausnahmefall habe nicht vorgelegen. Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) wegen des Eintritts der Genehmigungsfiktion scheitere daran, dass die selbstbeschaffte Leistung nicht erforderlich im Sinne der Norm gewesen sei. Aus [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) resultiere aufgrund des klaren Wortlauts eine fingierte Genehmigung der beantragten Leistung, welche einem ausdrücklichen bewilligenden Verwaltungsakt rechtlich gleichstehe. Die fiktiv genehmigte Leistung sei von der Krankenkasse ohne weitere Voraussetzungen als Sachleistung tatsächlich zu erbringen. Aus der Genehmigungsfiktion habe der Leistungsberechtigte mithin einen Naturalleistungsanspruch. Dabei sei die Prüfung der materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen der begehrten Leistung im Einzelfall keine tatbestandliche Voraussetzung des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#). Eine Rücknahme der fingierten Genehmigung oder ein Widerruf sei vor der am 27.03.2015 erfolgten Selbstbeschaffung der RFITT nicht erfolgt. Einen Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) für die selbstbeschaffte RFITT habe der Kläger aber als (unterstellter) Inhaber eines Naturalleistungsanspruchs aus der Genehmigungsfiktion nicht. Denn die RFITT sei nicht erforderlich im Sinne der Norm gewesen. Erforderlich sei nur eine Leistung, auf welche der Versicherte auch materiell-rechtlich einen Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkasse gehabt habe. Dieses Verständnis entspreche

dem Wortlaut des Gesetzes. Anders als [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) stelle Satz 7 ausdrücklich darauf ab, dass es sich um eine "erforderliche" Leistung handele. Würde jede nach als [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) fiktiv genehmigte Leistung schon aufgrund der Genehmigungsfiktion als erforderlich im Sinne der Kostenerstattungsregelung gelten, so hätte es des Tatbestandsmerkmals "erforderlich" in Satz 7 nicht bedurft. Dieses Normverständnis werde durch die Gesetzesbegründung gestützt. Danach bezwecke die Neuregelung in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eine Beschleunigung der Bewilligungsverfahren, damit jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalte (Hinweis auf [BT-Drucks. 17/11710, S. 29](#)). Es lasse sich der Gesetzesbegründung nicht entnehmen, dass die Krankenkassen auch Kosten für Leistungen erstatten sollten, welche dem Versicherten in der Sache nicht zuständen bzw. als solche nicht erforderlich seien. Der ursprüngliche Gesetzentwurf habe sich ausdrücklich an [§ 15](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) angelehnt. Hierfür werde allgemein davon ausgegangen, dass "erforderlich" nur eine Leistung sei, auf die materiell-rechtlich im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung ein Sachleistungsanspruch bestanden habe. Auch der vom Gesetzgeber beschriebene Sanktionscharakter des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) biete keinen Anlass für eine abweichende Auslegung der Kostenerstattungsregelung. Denn die beabsichtigte "Sanktion" bestehe nicht darin, dass die Krankenkasse im Wege der Kostenerstattung Leistungen finanzieren müsse, auf welche materiell kein Sachleistungsanspruch bestanden habe, sondern nur darin, dass etwaige höhere Kosten einer Selbstbeschaffung im Vergleich zu einer Sachleistungserbringung durch die Krankenkasse zu erstatten sein könnten. Unerheblich sei, dass die Beklagte durch die selbstbeschaffte Leistung Kosten für Sach- oder Dienstleistungen erspart haben könnte, die sie andernfalls hätte selbst erbringen müssen. Hiergegen hat der Kläger am 06.09.2016 Berufung eingelegt. Er macht geltend, ein Kostenerstattungsanspruch resultiere aus der Genehmigungsfiktion. Insoweit sei auf das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 17.06.2015 - [L 2 KR 180/14](#) - hinzuweisen. Eine weitere Prüfung der Erforderlichkeit sei unabhängig davon, ob es sich um einen Anspruch auf Sachleistung oder Kostenerstattung handele, nicht notwendig. Dies ergebe sich aus dem Wortlaut der Regelung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Es wäre auch nicht mit dem Ziel des Gesetzgebers, die Verfahren zu beschleunigen, vereinbar, wenn nach Ablauf der gesetzlichen Fristen die Erforderlichkeit der beantragten Leistung geprüft werden könnte. Der positive Schutz der Patientenrechte würde so nicht gewahrt werden können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 25.08.2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.07.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die am 27.03.2015 durchgeführte RFITT in Höhe von 1.630,10 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie macht geltend, ein Anspruch bestehe nicht, da es sich hier um eine neue Behandlungsmethode handele, keine positive Empfehlung des GBA vorliege und auch keine Besonderheiten erkennbar seien (wie zum Beispiel eine lebensbedrohliche Erkrankung). Eine Genehmigungsfiktion im Rahmen des Patientenrechtgesetzes sei ebenfalls nicht eingetreten. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) setze diese u.a. eine Leistung voraus, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirke nach dem Bundessozialgericht eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lägen. Einerseits solle die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits solle sie ihn nicht zu einem Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des Leistungskatalogs überwinde. Die Fiktion könne somit für Leistungsanträge eintreten, in denen der Versicherte - aufgrund des Bestehens zum Beispiel einer Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM-Ä) im ambulanten Bereich oder einer Abrechnungsziffer nach DRG (Diagnosis Related Groups) im stationären Bereich - habe davon ausgehen dürfen, dass er die Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten könne. Sachverhalte, in denen der Versicherte habe erkennen können, dass eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bestehe, weil zum Beispiel über privatärztliche Abrechnungsziffern (GOÄ) abgerechnet werden könne und/oder über die Privatrechnung aufgrund mangelnder Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung informiert werde, fielen nicht darunter. Bei der ambulanten RFITT handele es sich um einen derartigen Fall, weil es hierfür keine EBM-Ziffer gebe. Es handele sich eindeutig um eine neue Methode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#), für die keine positive Empfehlung des GBA vorliege und die somit nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands nimmt der Senat Bezug auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung war.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Erstattung der Kosten der am 27.03.2015 durchgeführten RFITT in Höhe von 1.630,10 EUR.

Nach [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) 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 MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragsingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a S. 3 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#)). Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion ist, dass ein Leistungsberechtigter einen hinreichend bestimmten Antrag auf eine Leistung gestellt hat, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (BSG 08.03.2016 [B 1 KR 25/15 R](#), juris, Rn 21 ff.).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Am 27.11.2014 wurde ein hinreichend bestimmter Antrag gestellt, indem das Schreiben des Dr. vom 23.04.2014 vorgelegt wurde. Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#). Sie entschied erst am 20.01.2015 über den am 27.11.2014 gestellten Antrag. Sie hat auch nicht gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) einen hinreichenden Grund für diese Verzögerung mitgeteilt. Die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt (BSG, a.a.O., Rdnr. 20; LSG Rheinland-Pfalz 03.11.2016 - [L 5 KR 197/15](#), juris). Das Schreiben der Beklagten vom 07.01.2014 genügt diesen Anforderungen nicht.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (a.a.O., Rdnr. 25 f) bewirkt die Begrenzung des Anspruchs auf erforderliche Leistungen eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zum Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskataloges überwindet, die

jedem Versicherten klar sein müssen. Die hier durchgeführte ambulante RFITT ist zwar nicht im EBM-Ä aufgeführt, sie liegt aber auch nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV im Sinne der Rechtsprechung des BSG. Der Kläger konnte aufgrund der Empfehlung durch Dr. die Behandlung für geeignet und erforderlich halten. Ihm musste nicht von vornherein klar sein, dass die begehrte Leistung außerhalb der Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs liegt. Zwar dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der GBA in Richtlinien eine positive Empfehlung für diese Methode abgegeben hat ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Diese Regelung beschränkt nicht nur die Befugnis der Leistungserbringer zur Erbringung und Abrechnung der Leistung, sondern auch den Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse (BSG 06.05.2009 – [B 6 A 1/08 R](#), juris Rn. 45). Gleichwohl kann ausnahmsweise ein Anspruch auf die Leistung bestehen, wenn ein Systemversagen, ein Seltenheitsfall oder eine Notstandssituation im Sinne des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) vorliegt. Die hier beantragte Leistung ist daher nicht ausnahmslos aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Da die beantragte Leistung von den behandelnden Ärzten befürwortet wurde, durfte der Kläger sie für erforderlich halten; Anzeichen für einen Rechtsmissbrauch liegen insoweit nicht vor.

Der Kläger hat sich die in diesem Sinne erforderliche Leistung zeitnah nach Ein-greifen der Genehmigungsfiktion selbst beschafft. Die Ablehnung der Leistung ist nicht als Rücknahme oder Widerruf der fingierten Genehmigung zu werten (BSG a.a.O. Rn. 32). Dem Kläger entstanden dadurch, dass er sich die erforderliche Genehmigung der Leistung selbst beschaffte, Kosten in Höhe von 1.630,10 EUR. Nach alledem sind die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) erfüllt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2017-03-14