

S 12 KR 3/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 12 KR 3/14
Datum
12.11.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a S.6 SGB V](#) greift auch bei einer neuen Behandlungsmethode i.S.v. [§ 135 SGB V](#), die ambulant von einem Vertragsarzt erbracht wird. Folge der Genehmigungsfiktion ist ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3a S.7 SGB V](#) nach selbstbeschaffter Leistung.

I. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 26. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. Dezember 2013 verurteilt, an die Klägerin 760,04 EUR zu erstatten.

II. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Klägerin Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Crosslinking-Behandlung (Kollagenvernetzung der Hornhaut) des rechten Auges hat.

Die 1999 geborene Klägerin leidet an beiden Augen an einem Keratokonus (einer nicht entzündlichen Degeneration der Hornhaut) mit Visusreduktion. Mit einem Schreiben der Augenklinik des Klinikums der Universität M. vom 02.08.2013 (Schreibfehler: Richtig 20.08.2013) beantragten die Eltern der Klägerin bei der Beklagten, Kostenübernahme für eine Behandlung mittels Crosslinking auf dem stärker betroffenen rechten Auge. Beigefügt war ein Kostenvoranschlag über 825,63 EUR, der auch Kosten für eine erste und zweite Kontrolle beinhaltete. Im Rahmen einer von den Eltern zu unterzeichnenden Erklärung klärte die Augenklinik darüber auf, dass es sich um eine relativ neue Behandlungsmethode handelt und noch keine Langzeiterfahrungen vorliegen. Der Eingriff wurde für den 30.10.2013 geplant. Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern ein. In einer ersten Stellungnahme vom 11.09.2013 führte Dr. S. aus, dass die Dokumentation für eine Stellungnahme nicht ausreichend sei. Es werde ein aktueller Befundbericht mit Visusangaben sowie Angaben zur bisherigen Therapie erbeten. Die Beklagte wandte sich daraufhin mit Schreiben vom 16.09.2013 an die Augenklinik der Universität M ... Die Mutter der Klägerin wurde ebenfalls mit Schreiben vom 16.09.2013 darüber unterrichtet, dass über den Antrag noch nicht entschieden werden konnte und die notwendigen Angaben bei der behandelnden Ärztin angefordert wurden. Am 24.09.2013 ging dann ein augenärztlicher Befundbericht vom 19.09.2013 bei der Beklagten ein. Bei der Klägerin zeige sich rechts mehr als links ein Keratokonus. Der Fernvisus wurde mit 0,8 angegeben. Es werde zur Durchführung eines Crosslinking geraten. Mittelfristig sei die Anpassung einer formstabilen Kontaktlinse zum Ausgleich der irregulären Stabsichtigkeit bei Keratokonus notwendig. Der MDK-Gutachter Dr. S. führte in einer Stellungnahme vom 25.09.2013 aus, dass es sich um eine Operation handle, die bislang noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bewertet wurde. Die vertragliche Alternative bestehe im Tragen von therapeutischen harten Kontaktlinsen sowie im Finalstadium in der Durchführung einer Hornhauttransplantation. Unklar bleibe dabei, ob einzelfallbezogen das Finalstadium jemals erreicht werde. Es handle sich nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung, bei der akute Erblindungsgefahr vorliege. Die Studienlage reiche noch nicht aus, um das Verfahren als vertragliche Leistung zu etablieren. Es gebe deutlich abweichende Behandlungs- und Therapieprotokolle, so dass bis dato nicht von einem standardisierten Verfahren ausgegangen werden könne. Aufgrund der oftmals spontanen Stabilisierung des Keratokonus sei aber eine randomisiert-kontrollierte Studie zwingend erforderlich, um einen tatsächlichen Therapieerfolg nachzuweisen. Auch könne es zu Komplikationen kommen. Er könne daher die Operation nicht dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuordnen. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 26.09.2013 eine Kostenübernahme ab.

Dagegen haben die Eltern der Klägerin am 24.10.2013 Widerspruch erhoben. Sie vertreten die Meinung, dass es Pflichtaufgabe einer Krankenkasse sei, die Gesundheit eines Menschen zu erhalten oder zumindest im Ist-Zustand zu stabilisieren. Dies sei bei der angestrebten Behandlung des Keratokonus der Fall. Es müsse alles getan werden, um der Klägerin, deren größter Wunsch es sei, Kunst zu studieren, das Augenlicht zu erhalten. Die Beklagte erläuterte nochmals mit Schreiben vom 28.10.2013 ihre Entscheidung und wies den Widerspruch mit

Bescheid vom 10.12.2013 zurück.

Die Crosslinking-Behandlung des rechten Auges wurde am 30.10.2013 durchgeführt.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat am 09.01.2014 Klage beim Sozialgericht Augsburg erhoben. Zur Begründung wurde vorgetragen, dass weder durch Brille noch durch harte Kontaktlinsen Linderung oder eine wesentliche Besserung bei der Klägerin zu erzielen gewesen sei. Es bestünden immer wieder entzündliche Reaktionen sowie psychische Belastungen. Auch könne die fortschreitende Erkrankung dadurch nicht aufgehalten werden. Seit der Operation sei eine stetige Besserung erkennbar. Crosslinking werde bereits seit 1998 angewandt und sei wissenschaftlich anerkannt. Ziel der Behandlung müsse es sein, die Verschlechterung möglichst frühzeitig aufzuhalten. Die Beklagte hat sich demgegenüber weiterhin darauf berufen, dass es sich um eine neue Behandlungsmethode handle und keine Situation des [§ 2 Abs. 1a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorliege. Der Klägerbevollmächtigte hat dagegen vorgetragen, dass von ihm als Laien nicht beurteilt werden könne, ob ein Systemversagen beim G-BA vorliege. Die langwierige Zulassung könne jedoch nicht zum Nachteil der Klägerin sein, da es sich um ein seit vielen Jahren etabliertes Verfahren handle und Langzeitergebnisse vorliegen würden. Da die Erkrankung beidseits vorliege, drohe auch eine Erblindung. Vorgelegt wurde dann noch eine Rechnung vom 27.12.2013 über die Behandlung am 30.10.2013 mit einer Summe von 760,40 EUR. Des Weiteren wurde ein Befund des Augenarztes Dr. Sch. vom 08.11.2012 vorgelegt sowie ein Schreiben der Augenklinik vom 06.03.2014. Danach sei die Diagnose Keratokonus erstmals am 19.02.2013 gestellt worden. Bei der Kontrolluntersuchung am 28.05.2013 habe sich der Verdacht auf eine Progression ergeben, weshalb zum Crosslinking geraten worden sei. Bei der jetzigen Kontrolluntersuchung bestehe ein regelrechter Befund, es werde die Anpassung von Kontaktlinsen empfohlen. Die Beklagte hat auf gerichtliche Nachfrage mitgeteilt, dass der Antrag am 21.08.2013 bei ihr eingegangen sei. Die Klägerseite hat bestätigt, dass es sich bei dem Datum "02.08.2013" im Schreiben der Augenklinik um einen Zahldreher handle. Auf gerichtlichen Hinweis, dass die 5-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) um einen Tag überschritten sei, hat sich die Beklagte darauf berufen, dass dennoch keine Kostenerstattung zu erfolgen habe, da es sich bei der Crosslinking-Behandlung um keine Leistung der GKV handle und der Gesetzgeber mit der Genehmigungsfiktion offenbar nicht die Vorstellung verbunden habe, dass insoweit künftig auch "nicht zustehende" Leistungen fiktiv bewilligt werden sollten.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2013 zu verurteilen, an die Klägerin 760,04 EUR zu erstatten.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das angerufene Gericht ist gemäß [§§ 57 Abs. 1, 51 Abs. 1](#), 8 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zur Entscheidung des Rechtsstreits örtlich und sachlich zuständig. Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig und erweist sich auch als begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 26.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.12.2013 war aufzuheben, da eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) für den Antrag auf Behandlung des rechten Auges mittels Crosslinking eingetreten ist und daher die Kosten für die Selbstbeschaffung in der zuletzt beantragten Höhe von 760,40 EUR von der Beklagten zu erstatten sind.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistungen erbracht ([§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V](#)). Eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen kommt, da eine Wahl der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht vorliegt, ausnahmsweise unter den Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, soweit die Leistung notwendig war. Da die Selbstbeschaffung erst nach Erlass des ablehnenden Bescheides erfolgte, sind die formellen Voraussetzungen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) erfüllt. Der Anspruch auf Kostenerstattung reicht aber nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben (st. Rspr. vgl. z.B. [BSGE 79, 125](#) m. w. N.; BSG v. 07.11.2006 - B 1 KR 26/06 R; BSG v. 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#)). Dies ist für die Therapie mittels Crosslinking nicht der Fall.

Nach [§ 27 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte nur Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dabei dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA eine entsprechende positive Empfehlung abgegeben hat u. a. zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der neuen Methode ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Ist eine neue Methode vom Bundesausschuss noch nicht in die Liste der anerkannten Methoden aufgenommen worden, dann kann nach ständiger Rechtsprechung des BSG ([SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#)) ein Anspruch auf Kostenübernahme für die noch nicht empfohlene Methode nur dann entstehen, wenn ein sog. "Systemversagen" beim Bundesausschuss vorliegen würde. Ein Systemversagen ist dann gegeben, wenn die Einleitung oder Durchführung des Verfahrens willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert oder verzögert würde ([SozR 3-2500 § 135 Nr. 14](#)). Auch bei einem Systemversagen muss jedoch die Wirksamkeit der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen auf Grund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt werden. Nur ausnahmsweise, wenn ein Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, darf darauf abgestellt werden, ob sich die in Anspruch genommene Therapie in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat (BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) und 14). Beim Crosslinking

handelt es sich formal um eine neue Behandlungsmethode, da sie nicht mit einer Gebührensiffer in den EBM aufgenommen ist, der Grundlage für die Abrechenbarkeit ambulanter vertragsärztlicher Leistungen in der GKV ist. Eine Entscheidung des G-BA zur Zulassung des Crosslinking bei Keratokonus in der vertragsärztlichen Versorgung existiert nicht. Es ist auch kein Antragsverfahren anhängig, wie sich aus der Internetseite des G-BA ergibt. Auch ein Systemversagen ist für das Gericht nicht erkennbar. Argumente hierzu wurden von Seiten der Klägerin auch nicht vorgetragen. Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass der G-BA die Einleitung eines Verfahrens zum Crosslinking bei Keratokonus aus willkürlichen oder sachfremden Gründen blockiert oder verzögert hätte. Wie der MDK-Gutachter Dr. S. ausgeführt hat, reicht die Studienlage noch nicht aus, um das Verfahren als vertragliche Leistung zu etablieren. Auch die Augenklinik hat in ihrem Schreiben vom 02.08.2013 darauf hingewiesen, dass es sich um eine relativ neue Behandlungsmethode handelt, zu der noch keine Langzeiterfahrungen vorliegen. Ohne ausreichende Studien kann dem G-BA jedoch nicht vorgehalten werden, dass ein Verfahren hätte eingeleitet werden müssen.

Eine Entscheidung des G-BA ist auch nicht im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 19.10.2004 (B 1 KR 27/03 R in [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#)) entbehrlich. Das BSG hatte dabei entschieden, dass Maßnahmen zur Behandlung einer Krankheit, die so selten auftritt, dass ihre systematische Erforschung praktisch ausscheidet, vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht allein deshalb ausgeschlossen sind, weil der G-BA dafür keine Empfehlung abgegeben hat. Hierzu gehört der Keratokonus nicht. Eine Erforschbarkeit liegt vor. Dies zeigt schon eine auf der Internetseite des Universitätsklinikums Mainz (<http://www.unimedizin-mainz.de/keratokonus-zentrum/aktuelle-studienlage.html>) wiedergegebene Auswahl von aktuell in Deutschland und im Ausland laufenden Studien zum Crosslinking.

Auch ein Anspruch aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) ist zu verneinen. Danach können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Zur Überzeugung des Gerichts handelt es sich beim Keratokonus nicht um eine Erkrankung, die zumindest wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar wäre. Hierzu zählt zwar der Fall einer drohenden Erblindung, nicht aber eine Krankheit unterhalb dieser Schwelle. So kann zum Beispiel selbst eine hochgradige Beeinträchtigung der Sehfähigkeit nicht mit einer Erblindung auf eine Stufe gestellt werden (BSG vom 03.07.2012 - [B 1 KR 25/11 R](#) m. w. N.). Beim Keratokonus handelt es sich um eine sehr variabel verlaufende Erkrankung, die teilweise zu einer sehr schweren Sehbeeinträchtigung führt, wobei im Finalstadium eine Hornhauttransplantation erfolgen kann; teilweise bleibt der Zustand aber auch jahrelang stabil ohne Progression. Ob es bei der Klägerin also tatsächlich zu einer Erblindung auf dem rechten Auge gekommen wäre, ist völlig ungewiss. Zudem besteht auf dem besseren linken Auge noch ein Visus von 0,8 - 1,0. Eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in absehbarer Zeit drohenden Erblindung lag daher nicht vor.

Materiell-rechtlich besteht daher kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine Crosslinking-Behandlung des rechten Auges. Dennoch hat die Klägerin hier einen Anspruch auf Kostenerstattung, da die Genehmigungsfiktion aus [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten ist. Nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Der Eintritt der Genehmigungsfiktion erfordert zunächst einen konkret bestimmten Antrag. Dieser liegt hier vor, da gleichzeitig mit dem Antrag der Eltern der Kostenvoranschlag der Augenklinik eingereicht wurde.

Bei Antragseingang am 21.08.2013 (Mittwoch) ist die bei Einschaltung des MDK geltende 5-Wochen-Frist am 25.09.2013 abgelaufen. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) beginnt nach [§ 26 Abs. 1](#) und 3 Satz 1 i. V. m. [§§ 187, 188](#) und [193](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) am auf den Antragseingang folgenden Tag, hier also am 22.08.2013, und endet mit Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht, hier also am Mittwoch, den 25.09.2013. Eine Entscheidung erfolgte erst mit Verwaltungsakt vom 26.09.2013, also nach Fristablauf. Die Klägerin (bzw. ihre Eltern) wurden auch nicht vor Ablauf der 5-Wochen-Frist schriftlich über deren Überschreitung und die dafür maßgeblichen Gründe informiert. Im Schreiben der Beklagten vom 16.09.2013 ist zur Überzeugung des Gerichts, keine derartige Information zu erblicken. Zwar hat die Beklagte die Mutter der Klägerin darüber informiert, dass über den Antrag noch nicht entschieden werden kann, die Sache zur Stellungnahme dem MDK vorgelegt wurde, und dieser noch verschiedene Angaben von der behandelnden Ärztin in der Augenklinik benötigt. Jedoch enthält dieses Schreiben keinen Hinweis darauf, dass die Frist von fünf Wochen nicht würde eingehalten werden können.

Damit ist die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten. Dem steht zur Überzeugung des Gerichts nicht entgegen, dass es sich beim Crosslinking um eine Leistung handelt, die als neue Behandlungsmethode nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehört. Die Beklagte beruft sich dabei auf Satz 7 des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), der für die Kostenerstattung auf den Begriff der "erforderlichen Leistung" Bezug nimmt. Hieraus schließt die Beklagte, dass es grundsätzlich im Bereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nur um eine Leistung innerhalb des Leistungsspektrums der GKV gehen könne. Dem folgt das Gericht nicht. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewährt Satz 6 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, Satz 7 einen sich darauf beziehenden Kostenerstattungsanspruch. Zwar hatte der Gesetzgeber im Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch nach Fristsetzung durch den Patienten für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst. Im Rahmen der Ausschussberatung wurde jedoch die Genehmigungsfiktion in den Gesetzestext übernommen ([BT-Drs. 17/11710, S. 30](#)). In der Begründung hierfür heißt es ausdrücklich "Dies erleichtert es dem Versicherten, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen." Mit der Genehmigungsfiktion wollte der Gesetzgeber offensichtlich die Benachteiligung eines Versicherten, der finanziell nicht dazu in der Lage ist, die begehrte Leistung vorzufinanzieren und später einen Kostenerstattungsanspruch geltend zu machen, gegenüber einem finanziell gut gestellten Versicherten beseitigen. Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben dabei die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Bundesverwaltungsgericht [NJW 2013, 99](#) Rz. 12) und sind dem Sozialrecht nicht fremd (vgl. z.B. [§ 32 Abs. 1b SGB V](#)).

Durch die Genehmigungsfiktion wird die Leistungsberechtigung des Versicherten wirksam verfügt. Die Krankenkasse ist daher mit allen Einwendungen gegen den Anspruch (wie hier dem Einwand einer neuen, nicht genehmigungsfähigen Behandlungsmethode) ausgeschlossen. Mit Eintritt der Genehmigungsfiktion besteht ein Anspruch auf Sachleistung, der - soweit von der Krankenkasse bestritten - mit Leistungsklage und im Wege des Eilrechtsschutzes mit einer einstweiligen Anordnung weiter verfolgt werden kann. Der Gesetzgeber wollte offensichtlich innerhalb der zur Entscheidung eingeräumten Fristen zu Gunsten der Versicherten zügig Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen. Nur auf oben genannte Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die zügige Durchführung des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, wenn die Genehmigungsfiktion durch eine außerhalb der Frist erfolgende nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen könnte. Mit diesem Ziel ist es nicht vereinbar, dass dieselbe Situation eintritt bzw. eintreten kann, wie sie vor der Einführung der Genehmigungsfiktion im Rahmen der Kostenerstattung bzw. Freistellung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bestanden hat, wo der Anspruch auf die erforderliche Leistung innerhalb des Systems der GKV zu überprüfen ist. Wenn Prüfungsumfang und Zeitdauer des Verfahrens durch die nachträglich mögliche Prüfung des Umfanges der Kostenerstattung praktisch wieder identisch mit den Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung werden, hätte die Neuregelung in der Praxis nicht die gewollten spürbar positiven Effekte für den Schutz der Patientenrechte. Ausgehend von Wortlaut sowie Sinn und Zweck der Regelung kann die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) daher nur so zu verstehen sein, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch von der Krankenkasse ohne weitere Prüfungen zu erfüllen ist. Ist aber der Sachleistungsanspruch entstanden, dann hat der Versicherte auch gegenüber der Beklagten, die die zustehende Sachleistung trotz Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht gewährt hat, einen entsprechenden Anspruch auf Erstattung der aufgewendeten Kosten.

Die Beklagte war daher unter Aufhebung des einen Leistungsanspruch verneinenden Bescheides vom 26.09.2013 und des Widerspruchsbescheides zu verurteilen, die Kosten für die Behandlung mittels Crosslinking in Höhe von 760,40 EUR zu übernehmen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-04-13