

L 5 KR 351/14

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 7 KR 112/14

Datum

07.07.2014

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 351/14

Datum

23.02.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Versorgung mit einem Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung (CGMS) einschließlich des für die Messung zugehörigen Zubehörs.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 7. Juli 2014 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin auch des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Versorgung mit einem Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung (CGMS) einschließlich des hierfür zur Messung erforderlichen Zubehörs. Die 1983 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert.

Mit Schreiben vom 28.03.2013 (Eingangsstempel Beklagte: 26.04.2013) beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme eines CGMS. Ein CGMS würde ihr die Einstellung ihres Diabetes sehr erleichtern, da sie häufig ihren Blutzucker messen müsse, um eine gute Einstellung zu erreichen. Da sie ihre Hypoglykämien nicht mehr richtig wahrnehme - auch nach mehreren Wahrnehmungstrainings - sei keine Besserung zu erwarten. Dadurch sei auch ihr Lebensgefährte einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt. Er stehe morgens schon immer mit der Angst auf, sie wieder bewusstlos im Bett vorzufinden.

Beigefügt war ein Kostenvoranschlag der Firma n.m. für ein "Dexcom G4 zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung - Quartalsbedarf Sensoren - " zum Endpreis von 834,00 EUR. Weiter beigefügt war ein diabetologisches Gutachten des Krankenhauses S ... In diesem wird ausgeführt, dass bei der Klägerin seit dem 7. Lebensjahr ein Typ-1-Diabetes bestehe. Der Diabetes habe danach immer als schwer bzw. nicht einstellbar (sog. "brittle diabetes") gegolten, die subjektiv schmerzhaften Injektionen seien zwei Jahrzehnte lang als Abwehrverhalten, Anpassungsstörung u.ä. fehlinterpretiert worden. Die für die jahrelangen Schmerzen und Nicht-Einstellbarkeit ursächliche Allergie gegen Kresol und Phenol mit konsekutiver subcutaner Insulinresistenz sei erst Jahre später erkannt worden. Seit November 2011 liege schließlich ein intraperitonealer Port, über den mittels einer kontinuierlichen Insulininfusion das Pumpeninsulin Insuman Infusat nach dem Basis/Bolus Konzept verabreicht werde. Die Klägerin sei exzellent geschult, rechne mit Broteinheiten, BE-Faktoren und passe Korrekturfaktoren tageszeitlich und nach Höhe des selbstgemessenen Blutzuckers an. Die Klägerin habe die ohnehin stark schwankenden Blutzuckerwerte einerseits bisher eher hoch gehalten, um Hypoglykämien zu vermeiden. Andererseits sei es trotzdem wiederholt zu fremdhilfebedürftigen Hypoglykämien gekommen. Bei der Klägerin seien im Prinzip alle Therapiemaßnahmen ausgeschöpft. Sie trage eine intraperitoneale Pumpe, führe regelmäßige Blutzuckermessungen incl. nächtlicher Blutzuckermessungen durch und habe an Schulungen zur Therapie-Optimierung sowie dreimal an einem Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining teilgenommen. Da die Klägerin wiederholt fremdhilfebedürftige Unterzucker erlitten habe und nach wie vor keinerlei Warnsymptome wahrnehme, bestehe die Indikation zur kontinuierlichen Gewebeglucosemessung zur Vermeidung potentiell lebensbedrohlicher Situationen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Gutachtens wird auf Blatt 3 Akte der Beklagten verwiesen.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 07.05.2013 mit, dass man den MDK beteiligt habe. Sobald der Beklagte die Antwort vorliege, werde man ihr umgehend das Ergebnis mitteilen. Mit Schreiben vom 25.06.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der MDK angebe, zur abschließenden Beurteilung weitere Unterlagen zu benötigen. Man bitte die Klägerin daher, weitere ärztliche Berichte zu Diagnostik, Befund, Therapie und Verlauf einzureichen (Facharzt, Krankenhaus, Reha, Hypoglykämiewahrnehmungstrainingsbericht), insbesondere die letzten 3 HbA1c-Werte, sowie die Blutzuckerprotokolle der letzten drei Monate mit Angabe BE, Korrekturfaktor, BZ-Ziele,

Insulinpumpeneinstellung und Dokumentation ergriffener Regulationsmaßnahmen (sportl. Aktivität, Krankheiten, Fremdhilfeleistungen). Diese Unterlagen wurden von der Klägerin mit Schreiben vom 08.07.2013 übersandt. Die Beklagte beteiligte daraufhin erneut den MDK. Im Gutachten vom 13.08.2013 wird ausgeführt, dass die CGMS als Behandlungsmethode ambulant durch den G-BA nicht anerkannt sei und eine Verordnung im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung ausgeschlossen sei. Die CGMS sei in die Liste der zu prüfenden Methoden des G-BA aufgenommen. Anhand der vorliegenden Unterlagen sei nicht belegt, dass die Möglichkeiten anerkannter Behandlungsmethoden ausgeschöpft und unzumutbar seien. Ein medizinischer Nutzen der Methode gegenüber anerkannten Behandlungsoptionen sei nicht belegt und eine Notwendigkeit ambulanten CGMS außerhalb vertragsärztlicher Versorgung nicht ausreichend begründet. Eine notstandähnliche Behandlungssituation sei nicht dokumentiert.

Mit Bescheid vom 10.09.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man sich an den Kosten des CGMS nicht beteiligen könne. Es handle sich um eine noch nicht anerkannte Leistung, die momentan durch den G-BA bewertet werde. Das Ergebnis werde bis Mitte/Ende 2014 erwartet. Bis dahin sei die CGM als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 SGB V](#) zu bewerten. Diese könne zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur zum Einsatz kommen, wenn 1. eine akut lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege 2. keine vertragsärztlichen Alternativen existierten 3. eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung bestünde. Nach der Beurteilung durch den MDK sei dies nicht der Fall.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Die CGM-Messung sei keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, da es sich lediglich um eine frequenzielle Erhöhung der ohnehin schon erforderlichen Glukosekontrollen handle. Dementsprechend sei die Entscheidung des G-BA nicht zu beachten, lediglich seien noch die Voraussetzungen des [§ 33 SGB V](#) zur Verordnungsfähigkeit eines Hilfsmittels zu prüfen, was das diabetologische Gutachten hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit ausführlich begründe. Selbst bei Vorliegen einer rechtmäßigen Entscheidung des G-BA wäre nach dem Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts dennoch für den konkreten Einzelfall die Kostenübernahme zu erklären. Diabetes mellitus sei potentiell lebensgefährlich durch die Möglichkeit des Auftretens von Hypoglykämien. Die Klägerin habe regelmäßig Hypoglykämien schwererer Natur. Diese möge die Klägerin vielleicht noch erkennen, jedoch keinesfalls in der Nacht. Dementsprechend garantiere die Rechtzeitigkeit des Erkennens und das Verhindern körperlicher Ausfallerscheinungen nur die Anwendung eines CGMS-Messsystems. Dieses verfüge über Trendpfeile und Alarme, die in der Nacht eine hinreichende Sicherheit darstellen würden.

Die Beklagte beteiligte noch einmal den MDK, ohne dass sich am Beurteilungsergebnis etwas änderte.

Mit Schreiben vom 06.02.2014 teilte die Beklagte der Klägerin das Ergebnis der Beurteilung des MDK mit und bat um Stellungnahme, ob der Widerspruch aufrechterhalten bleibe.

Mit Schriftsatz vom 04.03.2014 stellte die Klägerin einen Antrag auf vorläufigen Rechtschutz beim Sozialgericht Nürnberg. Mit Beschluss vom 25.03.2014 - Az.: 7 KR 100/14 ER verpflichtete das Gericht die Beklagte zur vorläufigen Kostenübernahme des CGMS-Systems, was damit begründet wurde, dass gem. [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eine Genehmigungsfiktion eingetreten sei und die Klage höchstwahrscheinlich Erfolg haben werde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.03.2014 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg erhoben. Mit Urteil vom 07.07.2014 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, die Klägerin mit einem CGM-Messsystem DexcomG4 Platinum einschließlich hierfür zur Messung und Auswertung jeweils erforderlichen Zubehörs zu versorgen. Die beantragte Leistung gelte auf Grund des am 26.2.2013 in Kraft getretenen [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) als genehmigt, da die Beklagte nicht innerhalb von 5 Wochen über den Antrag der Klägerin entschieden hat.

Hiergegen hat die Beklagte Berufung eingelegt. Mit Urteil des BSG v. 08.07.2015 stehe fest, dass es sich bei der beantragten Leistung um eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode handeln würde, für die es keine positive Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gebe. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) würde vorliegend nicht greifen, weil die Genehmigungsfiktion nur für Leistungen gelte, die sich innerhalb des Systems der GKV bewegen würden.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 07.07.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin verweist im Wesentlichen auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Entscheidungsgründe des Sozialgerichts Nürnberg. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und damit zulässig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin ein CGM-Messsystem DexComG4 Platinum einschließlich des hierfür zur Messung und Auswertung jeweils erforderlichen Zubehörs als Sachleistung zu erbringen. Werden Fristen im Sinne von [§ 13 Abs. 3a](#) Sätze 1-4 SGB V seitens der Krankenkasse nicht eingehalten und erfolgt keine rechtzeitige schriftliche Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#), gilt die klar formulierte Rechtsfolge des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#), dass die Leistung als genehmigt gilt; dies grundsätzlich ohne weitere Prüfung der Erforderlichkeit und unabhängig davon, ob es um einen Antrag auf Sachleistung oder auf Kostenerstattung geht (so auch LSG Saarland Urt. v. 17.06.2015 - [L 2 KR 180/14](#)). Eine Grenze gilt jedoch z.B. für Leistungen, für die Krankenkassen sachlich nicht zuständig sind, oder für willkürliche bzw. querulatorische Anträge. Eine solche Ausnahme besteht vorliegend offensichtlich nicht. Vielmehr durfte die Klägerin die Versorgung mit dem CGM-Messsystem DexComG4 Platinum als erforderlich ansehen.

1. Rechtsgrundlage für den Leistungsanspruch der Klägerin auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem DexComG4 Platinum einschließlich

des erforderlichen Zubehörs ist die auf Grundlage von [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetretene Genehmigungsfiktion.

a) 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). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 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). [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) beruht auf dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz, [BGBl. I 2013, 277](#)). Die Norm verfolgt das Ziel, die Entscheidungsprozesse der Krankenkassen im Interesse der Patienten zu beschleunigen. Deshalb werden der Krankenkasse durch diese Vorschrift im Verwaltungsverfahren bestimmte Fristen auferlegt, die verhindern sollen, dass Versicherte unzumutbar lange auf eine Entscheidung warten müssen (Joussen, in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand: 01.03.2015, [§ 13 SGB V](#) Rn. 21a). Der spezifische Schutzzweck dieser Norm liegt also darin, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL I/2014, [§ 13](#) Rn. 58f.). Insoweit kommt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung zu (SG Mannheim, Urteil vom 03.06.2014 - [S 9 KR 3174/13](#), SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - [S 16 KR 96/14](#), jeweils juris; Wenner, SGB 2013, 162 ff.).

b) Die Beklagte hat die hier einschlägige 5-Wochen-Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) - was im Übrigen zwischen den Beteiligten unstreitig ist - nicht eingehalten und dem Kläger die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V SGB X](#) i. V. m. [§§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 BGB](#) beginnt am auf den Antragseingang folgenden Tag und endet mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht. Der Antrag der Klägerin ist am 26.04.2013 bei der Beklagten eingegangen. Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag der Klägerin erfolgte aber erst am 10.09.2013 und damit außerhalb der fünföchigen Frist (Ende 31.05.2013). Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) erfolgte nicht. Unabhängig davon, dass die Frist am 31.05.2013 bereits abgelaufen war, stellt das Schreiben der Beklagten vom 25.06.2013 keine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach [§ 13a Abs. 3a S. 5 SGB V](#) dar. Zwar wandte sich die Beklagte an die Klägerin und bat um Übersendung medizinischer Unterlagen, aber lediglich nur, um mögliche Behandlungsalternativen zu ermitteln. In diesem Schreiben wurde jedoch nicht mitgeteilt, dass es eine gesetzliche Frist von fünf Wochen gibt, die nicht eingehalten werden kann bzw. konnte. Die Beklagte hätte aber zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten könne und sie hätte die Gründe hierfür benennen müssen. Dies wäre v. a. deshalb erforderlich gewesen, weil die Hinweispflicht der Krankenkasse eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) und 7 SGB V hat. Normzweck ist es, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig ist. Die vorgeschriebene Schriftform trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion (vgl. SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 - [S 6 KR 160/13](#); SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - [S 16 KR 96/14](#)). Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht und damit an die benannte Warnfunktion anknüpft. Wenn die Nichteinhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist schon nicht mitgeteilt wird und auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt. Aufgrund der zögerlichen Bearbeitungsweise des Antrages ist vorliegend nicht erkennbar, dass sich die Beklagte überhaupt im Klaren über die Fristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) gewesen ist.

c) Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL I/2014, [§ 13](#) Rn. 58f.; KassKomm/Schifferdecker SGB V [§ 13](#) Rn. 134). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen, einschließlich der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit oder des Vorliegens einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode (hier: Glykosemesssystem) und ob es erforderlich im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist ausgeschlossen (so ausdrücklich auch für das Glykosemesssystem LSG NRW Beschluss v. 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#)). Nur auf diese Weise kann das Ziel des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde nicht erreicht, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen.

aa) Die von der Beklagten und teilweise in der Rechtsprechung vertretene Ansicht, wonach die Genehmigungsfiktion gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nur bei einer Leistung greifen kann, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014 - [L 16 KR 154/14 B ER](#), L 16 KR 155/14 B; SG Dortmund, Beschlüsse vom 16.07.2014 - [S 40 KR 742/14 ER](#) - und 31.01.2014 - [S 28 KR 1/14 ER](#); SG Würzburg, Urteil vom 15.01.2015 - [S 11 KR 100/14](#)), wird vom Senat in Anlehnung an die Entscheidungen des LSG NRW vom 23.05.2014 (Az.: [L 5 KR 222/14 B ER](#)) und anderer Sozialgerichte (vgl. SG Dortmund, Urteil vom 22.1.2016 - [S 8 KR 435/14](#); SG A-Stadt, Urteil vom 30.04.2015 - [S 7 KR 496/14](#); SG Mannheim, Urteile vom 27.03.2015 - [S 9 KR 3123/14](#) - und 03.06.2014 - [S 9 KR 3174/13](#); SG Koblenz, Urteil vom 23.03.2015 - [S 13 KR 977/14](#); SG Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015 - [S 11 KR 2425/14](#); SG Düsseldorf, Urteil vom 02.03.2015 [S 9 KR 903/14](#); SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - [S 16 KR 96/14](#); SG Gelsenkirchen, Urteile vom 05.02.2015 - [S 17 KR 524/14](#) -, vom 29.01.2015 - [S 17 KR 479/14](#) - und 02.10.2014 - [S 11 KR 180/14](#); SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 - [S 6 KR 160/13](#); SG Karlsruhe, Urteil vom 15.12.2014 - [S 5 KR 2284/14](#); SG Augsburg, Urteile vom 27.11.2014 - [S 12 KR 183/14](#) - und 12.11.2014 - [S 12 KR 3/14](#); SG Osnabrück, Urteile vom 06.11.2014 - [S 13 KR 164/14](#) und [S 13 KR 189/14](#); SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - [S 21 KR 282/13](#), SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015 - [S 24 KR 254/14](#)) nicht geteilt. Erfasst werden von der Genehmigungsfiktion vielmehr alle möglichen Leistungen des Krankenversicherungsrechts, dh mangels näherer Eingrenzung in der Vorschrift, sowohl Gesetzes- als auch Satzungsleistungen (vgl. auch BeckOK SozR/Joussen SGB V [§ 13](#) Rn. 21a).

bb) Maßgebend für die Auslegung von Gesetzen ist der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er

sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den er hineingestellt ist (ständige Rechtsprechung des BVerfG, vgl. Urteil vom 21.05.1952 - [2 BvH 2/52](#); Beschluss vom 17.05.1960 - [2 BvL 11/59](#), [2 BvL 11/60](#); Urteil vom 20.03.2002 - [2 BvR 794/95](#); Urteil vom 19.03.2013 - [2 BvR 2628/10](#), [2 BvR 2883/10](#), [2 BvR 2155/11](#)). Der Erfassung des objektiven Willens des Gesetzgebers dienen die anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung aus dem Wortlaut der Norm, der Systematik, ihrem Sinn und Zweck sowie aus den Gesetzesmaterialien und der Entstehungsgeschichte, die einander nicht ausschließen, sondern sich gegenseitig ergänzen. Unter ihnen hat keine einen unbedingten Vorrang vor einer anderen (vgl. BVerfG, Urteil vom 19.03.2013 - [2 BvR 2628/10](#), [2 BvR 2883/10](#), [2 BvR 2155/11](#)). Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut der Vorschrift. Er gibt allerdings nicht immer hinreichende Hinweise auf den Willen des Gesetzgebers. Unter Umständen wird erst im Zusammenhang mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes oder anderen Auslegungsgesichtspunkten die im Wortlaut ausgedrückte, vom Gesetzgeber verfolgte Regelungskonzeption deutlich, der sich das Gericht nicht entgegenstellen darf (vgl. BVerfG, Beschluss vom 15.01.2009 - [2 BvR 2044/07](#), juris). Dessen Aufgabe beschränkt sich darauf, die intendierte Regelungskonzeption bezogen auf den konkreten Fall möglichst zuverlässig zur Geltung zu bringen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 12.11.1997 - [1 BvR 479/92](#), [1 BvR 307/94](#), juris). In keinem Fall darf richterliche Rechtsfindung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 09.02.1988 - [1 BvL 23/86](#), juris).

cc) [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) kann nach den voranstehend genannten Kriterien aus Sicht des Senats nur dahingehend ausgelegt werden, dass das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion nur von der Nichteinhaltung der Frist bzw. der unzureichenden oder fehlenden schriftlichen Mitteilung der Nichteinhaltung der Frist abhängt. Dies ergibt sich zunächst aus einer grammatikalischen Auslegung der Norm. Nach dem klaren Wortlaut gewährt [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, wohingegen [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) einen Kostenerstattungsanspruch für eine erforderliche Leistung zum Gegenstand hat. Der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) knüpft die Genehmigungsfiktion ausschließlich daran, dass innerhalb der Frist keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Eine Einschränkung dahingehend, dass sich diese Genehmigungsfiktion nur auf solche Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, enthält die Vorschrift semantisch und grammatikalisch eindeutig nicht. Dass dies kein "Redaktionsversehen" des Gesetzgebers gewesen sein kann, ergibt sich bereits daraus, dass dieser vielfach mit Genehmigungsfiktionen arbeitet. Diese sind weder dem Sozialrecht im Allgemeinen fremd (vgl. [§ 88 Abs. 5 Satz 2 SGB XI](#), [§ 91 Abs. 3 Satz 2 SGB IX](#), [§ 6 Abs. 3 Satz 2 SGB VI](#), [§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#), [§ 18 b Abs. 3 Satz 2 SGB XI](#)) noch dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen (vgl. [§ 32 Abs. 1a Satz 3 Halbsatz 2 SGB V](#), [§ 110 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#), [§ 116 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Für diese Auslegung spricht auch die Legaldefinition, die der Gesetzgeber in [§ 42a](#) Verwaltungsverfahrensgesetz getroffen hat. Danach gilt eine beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (Genehmigungsfiktion), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. Auch hier unterstellt das Gesetz, dass von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden wäre ("fiktiver Verwaltungsakt"). Die sprachliche Gestaltung von [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) steht der oben dargestellten Auslegung nicht entgegen. Soweit das Gesetz darin den Begriff des "Leistungsberechtigten" und der "erforderlichen" Leistung verwendet, erlaubt es nicht, den Kostenerstattungsanspruch (und die Wirkungen der vorgeschalteten Genehmigungsfiktion) an die materielle Leistungsberechtigung der Klägerin zu knüpfen bzw. nur auf solche Leistungen zu beschränken, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung rechnen (LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#), juris). Denn ein solches Vorgehen würde zwangsläufig dazu führen, dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) entgegen der besonderen Zielsetzung des Patientenrechtegesetzes weitgehend "leerlaufen" würde.

dd) Vorliegend ist zwischen den Beteiligten unstreitig sowie aktenkundig, dass bei der Klägerin ein Typ-1-Diabetes besteht. Aus den in den Akten der Beklagten befindlichen Gutachten des Krankenhauses S. (wegen den Einzelheiten wird auf Blatt 3 und 4 Akte der Beklagten verwiesen) ist des Weiteren nachgewiesen, dass der Diabetes bei der Klägerin immer schwer bzw. nicht einstellbar (sog. "brittle diabetes") war, die subjektiv schmerzhaften Injektionen waren zwei Jahrzehnte lang unzutreffend als Abwehrverhalten, Anpassungsstörung u.ä. interpretiert worden. Seit November 2011 besteht bei der Klägerin schließlich ein intraperitonealer Port, über den mittels einer kontinuierlichen Insulininfusion das Pumpeninsulin Insuman Infusat nach dem Basis/Bolus Konzept verabreicht wird. Die Klägerin durfte daher subjektiv auf Grund der zwischen den Beteiligten unstreitig bestehenden Erkrankung die Versorgung mit dem CGM-Messsystem DexComG4 Platinum als erforderlich ansehen; dies unabhängig davon, dass nach der zeitlich später ergangenen Rechtsprechung des BSG Urteil vom 08.07.2015 - [B 3 KR 5/14 R](#) - das beantragte CGMS ein Hilfsmittel darstellt, das als Bestandteil einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode eingesetzt wird, die ohne positive Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht werden darf.

Eine einschränkende Auslegung der Genehmigungsfiktion kommt vorliegend nicht in Betracht. Eine solche wäre etwa bei folgenden Fallgestaltungen denkbar: * Die Krankenkasse ist unter keinem Gesichtspunkt sachlich zuständig z.B. weil die Leistung augenfällig einem anderen Träger zugewiesen ist, * systemfremde Leistungen wie z.B. Erholungsurlaub zulasten der Krankenversicherung sowie * willkürliche oder querulatorische Anträge. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Genehmigungsfiktion eintritt, soweit die beantragte Leistung vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein kann, also insbesondere auf Grund von [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) ebenso wie in Folge der Rechtsprechung des BSG zum Systemversagen oder zum Seltenheitsfall (Überblick bei Hauck NJW 2013, 3334 ff.) zu einer grundsätzlich denkbaren Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu zählen wäre. Vorliegend war bis zur Entscheidung des BSG vom 08.07.2015 - [B 3 KR 5/14 R](#) - in der Literatur und Rechtsprechung jeweils mit guten Gründen vertreten worden, dass die hier strittige Leistung als Hilfsmittel, als neue Behandlungsmethode bzw. als ein Hilfsmittel im Rahmen einer neuen Behandlungsmethode zu qualifizieren ist. Damit lag die beantragte Leistung insbesondere zum Zeitpunkt der Antragstellung keineswegs offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

d) Versicherte können den Eintritt der Genehmigungsfiktion sodann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die Leistung zu verlangen [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) oder sich gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. SG A-Stadt, Urteil vom 30.04.2015 - [S 7 KR 496/14](#); vgl. a. KassKomm/Schifferdecker SGB V [§ 13](#), Rn. 133). Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetz ergibt (BT-Drucks. 312/12, S. 46, siehe auch [BT-Drucks. 17/10488](#), S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war ([BT-Drucks. 17/11710](#), S. 30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere, den klaren Wortlaut einschränkende Erläuterungen - als Änderung in das Gesetz aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des [§ 13](#)

[Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme der Norm kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schliesse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz praktisch aus dem Schutzbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) aus (so zu Recht LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) m.w.N.). Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verfahrens zu verbessern, umgesetzt werden.

e) Die eingetretene Genehmigungsfiktion ist auch von der Beklagten nicht wirksam z.B. durch Erlass eines Rücknahmebescheids beseitigt worden. Die eingetretene Genehmigungsfiktion hätte die Beklagte nur dadurch beseitigen können, dass sie einen Rücknahmebescheid gem. [§ 45 SGB X](#) unter den dortigen Voraussetzungen erlassen hätte, was jedoch vorliegend nicht geschehen ist (vgl. auch LSG NRW, 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#), [BeckRS 2014, 69580](#); KassKomm/Schifferdecker SGB V [§ 13](#) Rn. 140, Rieker NZS 2015, 294, 297, a.&8201;A. SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 18.12.2013 - [S 21 KR 282/13](#), ZFSH/SGB 2014, 436). Im Rahmen des Anwendungsbereich von [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) SGB V sind somit auch die Regelungen über die Aufhebung von Verwaltungsakten nach [§§ 44](#) ff. SGB X anwendbar. Einer fingierten Genehmigung kann keine höhere Bestandskraft zukommen als einer innerhalb der Entscheidungsfrist erteilten Genehmigung (vgl. zur Parallelproblematik bei [§ 42a VwVfG](#) vgl. BVerwG, Urt. v. 12.07.2012 - [5 C 16/11](#), [NJW 2013, 99](#) und Stelkens in: Stelkens/Bonk/Sachs, Verwaltungsverfahrensgesetz, 8. Auflage 2014, [§ 42a](#) Rn. 60 ff). Allein der Erlass des ablehnenden Bescheides vom 10.09.2013 stellt in keiner Weise eine im Sinne des [§ 45 SGB X](#) denkbare Rücknahmeentscheidung dar, denn weder war der Beklagten bewusst, dass hier bereits eine Genehmigung infolge des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) zu fingieren war, noch hat sie in irgendeiner Weise ein nach [§ 45 SGB X](#) zwingend notwendiges Rücknahmeermessen ausgeübt. Damit liegt auch keine konkludente Aufhebung der Genehmigungsfiktion vor. Erfolgreich dürfte die Rücknahme jedoch nur sein, solange sich der Anspruchsberechtigte die Leistung noch nicht beschafft hat. Danach dürfte der Aufhebung Vertrauensschutz nach [§ 45 Abs. 2 SGB X](#) entgegenstehen.

Nach alledem hat die Klägerin einen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Klägerin mit einem CGM-Messsystem DexComG4 Platinum einschließlich des hierfür zur Messung und Auswertung jeweils erforderlichen Zubehörs versorgt, ohne dass zunächst der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode gem. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) abgegeben hat und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) gemacht hat.

Die Berufung der Beklagten ist aus diesen Gründen zurückzuweisen.

2. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

3. Der Senat hat die Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen. Zur Auslegung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), insbesondere zu den Fragen der Anwendung der Genehmigungsfiktion auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#), 7 SGB V durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot, liegt im Zeitpunkt der Urteilsverkündung keine höchstrichterliche Rechtsprechung vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-04-05