B 3 KR 14/18 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KN 1459/17 KR
Datum
28.06.2018
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 14/18 R
Datum
18.06.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch begründet keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch (Klarstellung zu BSG vom 15.3.2018 - B 3 KR 18/17 R = BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr 41).

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. Juni 2018 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Im Streit ist der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung mit einem Lymphdrainagegerät.

2

Die 1995 geborene, bei der beklagten Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Klägerin ist im Gesundheitswesen mit einer überwiegend stehenden Tätigkeit im Schichtdienst erwerbstätig. Sie ist an einem Lipödem mit Lymphödem (hereditäres Lipo-Lymphödem Grad II) erkrankt. Die Klägerin beantragte am 22.11.2016 bei der Beklagten die Versorgung mit dem Lymphdrainagegerät unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung und eines Kostenvoranschlags in Höhe von 3345,09 Euro. Die Beklagte leitete den Antrag dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zur Begutachtung der Notwendigkeit des Geräts weiter, ohne die Klägerin hierüber zu informieren. Der SMD kam am 5.1.2017 zu der Einschätzung, dass das verordnete Hilfsmittel aus medizinischer Sicht nicht notwendig sei, da bereits eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung erreicht sei. Er empfahl die Fortführung einer manuellen Lymphdrainage. Die Beklagte lehnte hierauf die beantragte Versorgung ab (Bescheid vom 24.1.2017). Während des Widerspruchsverfahrens hörte sie die Klägerin zur beabsichtigten Rücknahme einer infolge verstrichener Bescheidungsfristen nach § 13 Abs 3a SGB V eingetretenen fiktiven Genehmigung an und nahm die Genehmigung sodann mit Wirkung für die Zukunft nach § 45 SGB X zurück; die fingierte Genehmigung sei rechtswidrig, weil sie nicht mit der materiellen Rechtslage übereinstimme (Bescheid vom 13.4.2017). Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte anschließend zurück (Widerspruchsbescheid vom 15.9.2017).

3

Das dagegen angerufene SG hat die Beklagte unter Aufhebung der genannten Bescheide verurteilt, die Kosten für ein Lymphdrainagegerät (lympha-mat 300 mit 12-Kammer-System und Ganzbeinmanschetten) zu übernehmen: Die beantragte Versorgung mit dem nicht selbstbeschafften Hilfsmittel gelte wegen des Ablaufs der in § 13 Abs 3a Satz 1 SGB V geregelten Drei- bzw Fünf-Wochen-Frist für die Bescheidung des Antrags durch die Beklagte als genehmigt. Die eingetretene Genehmigungsfiktion sei nicht wirksam aufgehoben worden, da die Rücknahmevoraussetzungen nicht erfüllt seien, vielmehr hätten alle Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V vorgelegen (Urteil vom 28.6.2018).

4

Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte die Verletzung von § 45 SGB X sowie §§ 2, 12 und 13 Abs 3a SGB V. Zwar sei die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V eingetreten, aber durch deren Rücknahme nach § 45 SGB X erloschen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die begehrte Hilfsmittelversorgung, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche und daher rechtswidrig sei.

5

Nach einem Hinweis des Senats auf das Urteil des 1. Senats des BSG vom 26.5.2020 im Revisionsverfahren B 1 KR 9/18 R (BSG-Terminvorschau 19/20 vom 20.5.2020 und Terminbericht 19/20 vom 26.5.2020, jeweils unter 1) hat die Beklagte ihren Aufhebungsbescheid vom 13.4.2017 aufgehoben und die Revision insoweit zurückgenommen.

6

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. Juni 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. Juni 2018 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückzuverweisen.

7

Die Klägerin beantragt, die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

II

8

Die zulässige Sprungrevision der Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des SG-Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG als Berufungsgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2, Abs 4 SGG).

9

Die Klägerin hat entgegen der Auffassung der Vorinstanzen keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Sachleistung aufgrund einer fiktiven Genehmigung nach § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V. Diese Regelung begründet für die Versicherten als Rechtsfolge keinen Sachleistungsanspruch, sondern allein einen (wie außer Streit ist) mangels erfolgter Selbstbeschaffung der beantragten Leistung nicht geltend gemachten Anspruch auf Erstattung bzw Freistellung von dafür entstandenen Kosten (dazu unten 4.). Ob die Klägerin einen Anspruch auf das Hilfsmittel nach Maßgabe des Sachleistungsrechts der GKV hat - hier des § 33 SGB V -, kann der Senat auf der Grundlage der bisherigen Feststellungen des LSG nicht abschließend entscheiden (dazu 5.).

10

1. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das zusprechende Urteil des SG, der Ablehnungsbescheid vom 24.1.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.9.2017 und das Sachleistungsbegehren der Klägerin; die Beklagte erstrebt als Revisionsführerin die Aufhebung der vorinstanzlichen Entscheidung sowie die Abweisung der Klage. Nicht mehr Gegenstand des Verfahrens ist der Rücknahmebescheid, den die Beklagte im Revisionsverfahren aufgehoben hat.

11

2. Richtige Klageart für das Begehren der Klägerin ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 1 Satz 1, Abs 4 SGG), gerichtet auf Aufhebung der Ablehnungsentscheidung zur beantragten Hilfsmittelversorgung und auf Verurteilung der Beklagten zur Hilfsmittelversorgung.

12

3. Die Sprungrevision der Beklagten ist zulässig. Nach § 161 Abs 1 Satz 1 SGG steht den Beteiligten die Revision gegen das Urteil des SG unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie vom SG - wie hier - im Urteil zugelassen wird.

13

4. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Sachleistung aufgrund einer Genehmigungsfiktion, weil eine nach § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V gesetzlich fingierte Genehmigung keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begründet. Die Regelung vermittelt Versicherten allein eine Rechtsposition, die zur Selbstbeschaffung berechtigt, und kann nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenfreistellung führen (vgl ebenso aus der Literatur zB Helbig in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 13 RdNr 141 ff, Stand 17.6.2020; Knispel, GesR 2017, 749, 753; aA zB Schifferdecker in Kasseler Komm, § 13 SGB V RdNr 134, 145, Stand Einzelkommentierung August 2019; Ulmer, SGb 2017, 567, 568 f).

14

Der erkennende 3. Senat schließt sich insoweit nach eigener Prüfung der geänderten Rechtsprechung des 1. Senats des BSG an (Urteil verkündet am 26.5.2020 - B 1 KR 9/18 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, zitiert nach BSG-Terminbericht 19/20 vom 26.5.2020, unter 1). Soweit dem Urteil des 3. Senats vom 15.3.2018 - B 3 KR 18/17 R (BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr 41, RdNr 15) - im Anschluss an die frühere Rechtsprechung des 1. Senats (Urteil vom 11.7.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr 36, RdNr 12 f) - entnommen werden kann, dass der Senat bei Hilfsmitteln zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Abs 1 Satz

1 Var 1 SGB V) als Rechtsfolge einer fiktiven Genehmigung ebenfalls einen Sachleistungsanspruch in Betracht gezogen hat, hält der erkennende Senat daran nicht fest. Dafür, dass insoweit kein Sachleistungsanspruch besteht, sprechen entscheidend die systematische Einbindung des Abs 3a in § 13 SGB V und die Binnenstruktur des § 13 Abs 3a SGB V sowie die in den Gesetzesmaterialien niedergelegten Erwägungen (dazu im Folgenden a bis c); verfassungsrechtliche Gesichtspunkte stehen dieser Auslegung nicht entgegen (dazu d). Im Übrigen verbleibt es bei der Rechtsprechung des erkennenden Senats, dass Hilfsmittel der GKV zur Vorbeugung oder zum Ausgleich einer Behinderung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu qualifizieren sind, für die von vornherein nicht die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V, sondern das Fristen- und Rechtsfolgenregime nach § 18 SGB IX Anwendung findet (Urteil vom 15.3.2018 - B 3 KR 18/17 R - aaO, Leitsatz und RdNr 14 ff).

15

a) Gegen einen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch als Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion spricht zunächst die Gesetzessystematik des § 13 SGB V, in die auch Abs 3a seit 2013 eingebettet ist (§ 13 Abs 3a SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG) vom 20.2.2013, BGBl I 277).

16

aa) Nach seiner amtlichen Überschrift enthält § 13 SGB V Regelungen zur "Kostenerstattung". In § 13 Abs 1 SGB V ist - übereinstimmend mit § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V - der Grundsatz der Sach- und Dienstleistungsgewährung verankert. Abweichend von der Naturalleistungsgewährung darf eine Krankenkasse (KK) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsieht. Derartige gesetzlich geregelte Ausnahmen enthalten Abs 2, 3 und 4 bis 6 des § 13 SGB V:

- in Abs 2 für Versicherte, die statt der Sach- und Dienstleistungsgewährung Kostenerstattung vorab wählen;

- in Abs 3 für Versicherte, die eine unaufschiebbare Leistung benötigen oder deren Leistungsantrag zu Unrecht abgelehnt wurde;

- in Abs 4 bis 6 für Versicherte, die Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz in Anspruch nehmen.

17

§ 13 Abs 3a SGB V sieht eingebettet in diese - schon vor seinem Inkrafttreten geschaffenen und vorgefundenen - Kostenerstattungsregelungen übereinstimmend damit eine weitere Ausnahme bezogen auf die gleiche Rechtsfolge vor, nämlich nun auch erstreckt auf Versicherte, über deren Leistungsantrag die KK nicht fristgemäß entscheidet.

18

bb) Für diese Einordnung spricht auch die Binnensystematik des § 13 Abs 3a SGB V. Dessen Sätze 1 bis 5 regeln das Fristenregime für die Entscheidung über einen Leistungsantrag. Hieran anschließend bestimmt Satz 6 die gesetzliche Fiktion, dass die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist durch die KK erfolgt ist. Als Rechtsfolge dieser gesetzlich fingierten Genehmigung der beantragten Leistung verpflichtet sodann Satz 7 die KK zur "Erstattung der Kosten", die durch die Selbstbeschaffung einer erforderlichen Leistung seitens des Leistungsberechtigten nach Ablauf der Frist entstanden sind. Nach Satz 8 berichtet die KK dem Spitzenverband Bund der KKn jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder "Kostenerstattungen vorgenommen wurden". § 13 Abs 3a SGB V ordnet sich mit diesem in Wortlaut und Systematik zum Ausdruck kommenden und angelegten Regelungsprogramm mithin auch insoweit stimmig in den Gesamtzusammenhang der Kostenerstattungsregelungen des § 13 SGB V ein.

19

b) Für einen Kostenerstattungsanspruch und gegen einen Sachleistungsanspruch als Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion sprechen gleichermaßen die Gesetzesmaterialien zur Entstehung des § 13 Abs 3a SGB V. Dort wird nämlich Folgendes ausgeführt (Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr 1):

"Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Insoweit orientiert sich die Regelung an der Erstattungsregelung in § 13 Absatz 3."

20

An dieser Grundkonzeption wurde auch im weiteren Gesetzgebungsverfahren festgehalten (vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/11710 S 29 f, zu Art 2 Nr 1).

21

c) Hierin fügt sich ein, dass der seit 2018 geltenden Regelung einer Genehmigungsfiktion in § 18 Abs 1 bis 5 SGB IX im Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ebenfalls die gesetzliche Konzeption einer Kostenerstattungsregelung zu entnehmen ist (§ 18 SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes - BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234). Dort ist schon in der amtlichen Überschrift des § 18 SGB IX ebenfalls zweifelsfrei und unmissverständlich nur von der "Erstattung selbstbeschaffter Leistungen" die Rede. In den Gesetzesmaterialien zu dieser Regelung wird dazu explizit auf § 13 Abs 3a SGB V Bezug genommen, dem insoweit Vorbildcharakter beigemessen wird (vgl Entwurf der Bundesregierung eines BTHG, BT-Drucks 18/9522 S 238 f, zu Art 1 § 18).

22

d) Verfassungsrecht steht dieser Auslegung von § 13 Abs 3a SGB V nicht entgegen. Insbesondere folgt aus dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG nichts Gegenteiliges.

23

Art 3 Abs 1 GG gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln, verwehrt dem Gesetzgeber aber nicht jede Differenzierung. Differenzierungen (ebenso wie Gleichbehandlungen) bedürfen jedoch stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Ziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung (bzw Gleichbehandlung) angemessen sind. Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn eine Gruppe von Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders (oder gleich) behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine (bzw zu bejahende) Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche (bzw gleiche) Behandlung rechtfertigen können. Dabei gilt ein am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz orientierter, stufenloser Prüfungsmaßstab, der nach dem jeweils betroffenen Sach- und Regelungsbereich näher zu bestimmen ist. In diesem Zusammenhang kommt dem weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Ordnung Bedeutung zu, wonach dessen Entscheidungen anzuerkennen sind, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des GG unvereinbar sind (vgl zB BVerfGE 104, 126, 144 f = SozR 3-8570 § 11 Nr 5 S 48 f; BVerfGE 113, 167, 215 = SozR 4-2500 § 266 Nr 8 RdNr 84 ff; BVerfGE 142, 353, 385 f = SozR 4-4200 § 9 Nr 15 RdNr 69; stRspr).

24

Nach diesen Grundsätzen steht es dem allgemeinen Gleichheitssatz nicht entgegen, wenn die in erster Linie zur Beschleunigung der Verwaltungsverfahren eingeführte (vgl Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr 1) gesetzliche Genehmigungsfiktion nicht auch zu einem Sachleistungsanspruch führt. Auf diesen Zweck bezogen macht es rechtlich keinen Unterschied, ob Versicherte mittellos sind oder über hinreichende Mittel verfügen, sich auch solche Krankenbehandlungsleistungen zunächst auf eigene Kosten zu verschaffen, für die das materielle Leistungsrecht des SGB V keine hinreichende Grundlage bietet. Insoweit stellen die tatsächlichen Auswirkungen des § 13 Abs 3a SGB V als ohnehin nur ausnahmsweise vorgesehene, vom Sachleistungsprinzip abweichende Kostenerstattungsregelung keine Besonderheit im Vergleich zu Kostenerstattungsregelungen in anderen Rechtsgebieten dar. In der GKV ist für eine Selbstbeschaffung und Kostenerstattung grundsätzlich eine vorhandene finanzielle Leistungsfähigkeit gefordert und von den Betroffenen das Risiko in Kauf zu nehmen, die Kosten einer nicht von der GKV abgedeckten Leistung letztendlich selbst tragen zu müssen (vgl dazu zB Knispel, GesR 2017, 749, 753). Entscheidend ist in verfassungsrechtlicher Hinsicht indes, dass alle Versicherten der GKV nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen ungeschmälerten Zugang zu den Naturalleistungen haben und zwar unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund erfordert Art 3 Abs 1 GG keine allgemeine und umfassende Einräumung von über das allgemeine Leistungsrecht des SGB V hinausgehenden Sachleistungsansprüchen.

25

Zudem stellt sich die gleiche rechtstatsächliche Situation im Kern schon seit jeher in vergleichbarer Weise auch bei der Anwendung des § 13 Abs 3 SGB V (= Kostenerstattung für selbstbeschaffte unaufschiebbar benötigte Leistungen oder bei nach vorherigem Antrag rechtswidrig von der KK abgelehnter Leistung). Die vorliegende umfangreiche Rechtsprechung des 1. und des 3. Senats des BSG zu dieser Kostenerstattungsregelung hat deren gesetzliche Ausgestaltung bislang ebenfalls nicht für verfassungswidrig gehalten und nicht etwa finanziell schlechter gestellten Versicherten einen quasi "übergesetzlichen" Sachleistungsanspruch zuerkannt. Ergänzt hat das BSG den durch § 13 Abs 3 SGB V eingeräumten Kostenerstattungsanspruch allerdings um einen Anspruch auf Freistellung von bereits rechtsgültig vom Versicherten eingegangenen Zahlungsverpflichtungen; dieser Anspruch erfordert nicht zwingend, dass bereits tatsächlich Zahlungen des Versicherten erbracht (sondern etwa gestundet) wurden und ermöglicht so in gewisser Weise auch bei geringerer finanzieller Leistungsfähigkeit des Versicherten grundsätzlich eine Selbstbeschaffung (vgl zB bereits BSG Urteil vom 10.2.2000 - B 3 KR 26/99 R - BSGE 85, 287, 289 = SozR 3-2500 § 33 Nr 37 S 212; BSG Urteil vom 13.7.2004 - B 1 KR 11/04 R - BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4, RdNr 17; BSG Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R - BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 22, 24; vgl allgemein zu § 13 Abs 3 SGB V und zur BSG-Rspr hierzu aus der Kommentarliteratur nur: Helbig in jurisPK-SGB V, aaO, § 13 RdNr 46 ff; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, K § 13 RdNr 42 ff, Stand August 2019; Schifferdecker in Kasseler Komm, aaO, § 13 SGB V RdNr 53 ff). Auch kommt in Betracht, dass betroffene Versicherte zur zeitnahen Erlangung einer begehrten Sachleistung ihren Kostenerstattungsanspruch gegen die KK sicherungshalber an den Leistungserbringer abtreten, wie dies bislang in der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu § 13 Abs 3 SGB V anerkannt ist (vgl insoweit zu den Möglichkeiten und Grenzen zB BSG Urteil vom 28.3.2000 - B 1 KR 21/99 R - BSGE 86, 66, 75 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 96 f; BSG Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R - BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 13 ff, 18, 24). Hier - wie auch im Rahmen des § 13 Abs 3a SGB V - sind die Versicherten der GKV im Übrigen zur Durchsetzung ihrer materiell-rechtlich nach dem SGB V bestehenden Sachleistungsansprüche zumutbar auf die Inanspruchnahme von Rechtsschutz, auch von einstweiligem sozialgerichtlichen Rechtsschutz, gegen ablehnende oder bei nicht fristgemäßen (ablehnenden) Entscheidungen ihrer KK verwiesen.

26

e) Es kann vor dem geschilderten rechtlichen Hintergrund im Falle der Klägerin offenbleiben, ob hier eine Genehmigungsfiktion eingetreten war und bedarf keiner Entscheidung, unter welchen weiteren Voraussetzungen eine Genehmigungsfiktion zur Selbstbeschaffung berechtigt sowie zum Anspruch auf Kostenerstattung bzw auf Kostenfreistellung führt. Kostenerstattung oder Kostenfreistellung begehrt die Klägerin ausdrücklich nicht. Nach den für den Senat im Revisionsverfahren maßgebenden Feststellungen des SG (vgl § 163 und § 161 Abs 4 SGG) ist eine Selbstbeschaffung des beantragten Hilfsmittels bislang nämlich nicht erfolgt.

27

5. Ein Sachleistungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf das Hilfsmittel kann jedoch nach Maßgabe des § 33 SGB V bestehen.

28

Rechtsgrundlage für die begehrte Hilfsmittelversorgung als Naturalleistung ist § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V (in der Fassung des GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern (Var 1), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (Var 2) oder eine Behinderung auszugleichen (Var 3), soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind.

29

Der sachliche Anwendungsbereich des § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V ist hier eröffnet, weil es sich nach revisionsrechtlicher Würdigung der Feststellungen des SG bei dem beantragten Lymphdrainagegerät nach dessen allgemeiner Einordnung um ein Hilfsmittel im Rechtssinne handelt. Ob - entgegen der angefochtenen Entscheidung der Beklagten (zur Berechtigung und Verpflichtung der KK, über den Antrag auf die Sachleistung auch bei Eintritt einer Genehmigungsfiktion zu entscheiden, vgl BSG Urteil vom 26.5.2020 - B 1 KR 9/18 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen) - nach Maßgabe der weiteren Leistungsvoraussetzungen des § 33 SGB V ein Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel besteht (vgl zu diesen Voraussetzungen erneut BSG Urteil vom 15.3.2018 - B 3 KR 18/17 R - BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr 41, RdNr 23 ff; zuletzt BSG Urteil vom 7.5.2020 - B 3 KR 7/19 R - RdNr 14 ff, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen), kann der Senat indes nicht abschließend selbst entscheiden. Das SG hat - nach seiner von einem Sachleistungsanspruch aufgrund fingierter Genehmigung ausgehenden Rechtsauffassung folgerichtig - hierzu keine Feststellungen getroffen.

30

Der Senat macht von dem ihm durch § 170 Abs 4 Satz 1 SGG eingeräumten Ermessen Gebrauch und verweist die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück, um eine unnötige Verzögerung zu vermeiden. Das LSG wird die fehlenden Feststellungen im Berufungsverfahren (vgl § 170 Abs 4 Satz 2 SGG) nachzuholen haben und muss gestützt hierauf über den geltend gemachten Anspruch der Klägerin auf Hilfsmittelversorgung entscheiden.

31

6. Das LSG wird im Berufungsverfahren auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mit zu entscheiden haben.

Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2021-02-12