

Patientenrechte im Sozialrecht

Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

24. Deutscher Medizinrechtstag

13./14. September 2024 in Berlin

Prof. Dr. Reza F. Shafaei

Fachhochschule Kiel

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

- Patienten =
 - Versicherte (GKV) =
 - Leistungsberechtigte

Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

- **Sozialrechtsverhältnis = Sozialleistungsverhältnis**
 - **Hauptleistung = Sozialleistungen**
 - **Nebenleistungen**
 - Gewährleistungspflicht
 - Zugang zu Sozialleistungen
 - Informationspflichten
 - **Qualitative Anforderungen an die Ausgestaltung der Sozialleistungen**
 - *„zeitgemäße Weise, umfassend und zügig“*

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

§ 33 Satz 1 SGB I = Individualisierung

- Ist der **Inhalt von Rechten (...)** nach **Art oder Umfang** *nicht im einzelnen bestimmt*,
- **sind** bei **ihrer Ausgestaltung**
 - die **persönlichen Verhältnisse** des Berechtigten oder Verpflichteten, sein **Bedarf** und seine **Leistungsfähigkeit** sowie
 - die **örtlichen Verhältnisse** zu **berücksichtigen**,
- **soweit** *Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen*.

§ 33 Satz 1 SGB I = Individualisierung

- Rechtsanwendungsrichtlinie + Objektives Rücksichtnahmegebot
- Ausgestaltung vorhandener Rechtsansprüche
 - Nicht das „Ob“
 - Nur das „**Wie**“
- Bedeutung
 - Sach- und **Dienstleistungen** (selten Geldleistungen)
 - Ermessen
 - **Auswahlermessen**

§ 33 Satz 2 SGB I: Wunschrecht

- Dabei
 - soll
- den Wünschen des Berechtigten (...)
 - *entsprochen* werden,
- soweit sie angemessen sind.

§ 33 Satz 2 SGB I: Wunschrecht

- Dabei soll den Wünschen des Berechtigten (...) entsprechen werden,
 - soweit sie **angemessen** sind.

- Angemessenheit im Rahmen der vorhandenen
 - **Versorgungsstruktur?**

§ 33 Satz 2 SGB I: Wunschrecht

- Dabei soll den Wünschen des Berechtigten (...) entsprechen werden,
 - soweit sie **angemessen** sind.

- Angemessenheit und **Wirtschaftlichkeitsgebot**
 - **Mehrkostenvorbehalt?**

Wahlrecht („WER“)

- bezieht sich auf die für die **Erbringung** der Sozialleistung in Betracht kommenden **Einrichtungen** und **Dienste**
 - *verschiedener Leistungserbringer*
 - *desselben Leistungserbringers oder*
 - *Einzelpersonen*

Wunschrecht („WAS“ und „WIE“)

- = Befugnis, Einfluss zu nehmen auf die
 - **Ausführung**
 - +
 - **Gestaltung**
- der Sozialleistung
 - Geld oder Sachleistung?
 - Häuslich oder stationär?

Wunsch- und Wahlrecht

- Voraussetzung = **Rechtsanspruch** auf die Leistung
- *Wahl* = innerhalb der rechtlich zulässigen, fachlich zur Erfüllung des Rechtsanspruchs geeigneten Leistungsangebote („vergleichbare Leistungen“)
- Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts = **ermessensbindende Wirkung** gegenüber einem Auswahlermessern des Leistungsträgers

Wunsch- und Wahlrecht

- **Keine** Grundlage für ein **allgemeines Selbstbeschaffungsrecht** von Sozialleistungen

- **kein** Anspruch auf die **Neuschaffung bestimmter Einrichtungen**

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

§ 13 SGB V im Überblick

- **Abs. 1 = Verhältnis Sachleistungsprinzips + Kostenerstattung**
 - Abs. 2 = Praktisch bedeutungsloses Recht, Kostenerstattung zu wählen
- **Abs. 3 = Kostenerstattung bei unaufschiebbaren + zu Unrecht abgelehnten Leistungen**
- **Abs. 3a = Entscheidungsfristen + nach Fristablauf eine Genehmigungsfiktion + Kostenerstattungsanspruch**
 - Abs. 4 = Inanspruchnahme von Leistungserbringern in einem anderen Staat (EU + EWR + Schweiz)
 - Abs. 5 = Vorherige Zustimmung der Krankenkasse bei Krankenhausleistungen
 - Abs. 6 (iVm § 18 Abs. 1 S. 2, Abs. 2) = Anspruch auf Krankengeld ruht in den Fällen der Abs. 4 und 5 nicht + Übernahme weiterer Kosten

§ 13 Abs. 1 SGB V:

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Absatz 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
 - Konkretisierung des **Sachleistungsprinzips**
 - **Regelfall**
 - **Kostenerstattung** nur, wenn **gesetzlich vorgesehen**
 - **Ausnahme**

Gesetzliche Ausnahmen (SGB V)

- *§ 14 = Teilerstattung für Angestellte, Beamte und Versorgungsempfänger der Krankenkassen und ihrer Verbände*
- *§ 17 = Erstattung an den Arbeitgeber bei Beschäftigung im Ausland*
- *§ 18 = Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland außer in den Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums*
- *§ 29 Abs. 3 S. 2 = Rückzahlung des Versichertenanteils bei kieferorthopädischer Behandlung*
- *§ 37 Abs. 4 = häusliche Krankenpflege*
- *§ 38 Abs. 4 = Haushaltshilfe*
- *§ 129 Abs. 1 S. 5, 6 = Kostenerstattung im Einzelfall bei der Arzneimittelversorgung*

Gesetzliche Ausnahmen (SGB IX)

- *Kostenerstattung bei selbst beschafften Reha-Leistungen:*
 - § 8 Abs. 2
 - § 18 Abs. 4–6
 - § 73 Abs. 1–3

- *Anwendbar, wenn im SGB V auf sie verwiesen wird, wie in*
 - § 13 Abs. 3 S. 2
 - **§ 13 Absatz 3a S. 9**
 - § 60 Abs. 5

§ 13 Abs. 3 SGB V

- *1* Konnte die Krankenkasse eine
 - **(1) unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen**
 - oder
 - **(2) hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt**
- und
 - sind dadurch
 - Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung **Kosten entstanden**,
- sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

§ 13 Abs. 3 SGB V

- 2Die Kosten für **selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** nach dem Neunten Buch werden nach **§ 18 des Neunten Buches** erstattet.

- 3Die Kosten für **selbstbeschaffte Leistungen**, die durch einen **Psychotherapeuten** erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c erfüllt.
 - § 95c = Eintragung in das Arztregister

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- 3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- 4. Umfang der Genehmigungsfiktion
- 5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- 6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- **1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick**
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- 3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- 4. Umfang der Genehmigungsfiktion
- 5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- 6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

1. Zielsetzung

- **Beschleunigung der Entscheidungsprozesse**

- *ergänzend* zur allgemeinen Verpflichtung nach

- § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I: *Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und **zügig** erhält*

- § 9 S. 2 SGB X: *Es („Verwaltungsverfahren“) ist einfach, zweckmäßig und **zügig** durchzuführen*

1. Zielsetzung

▪ Instrumente

- **Entscheidungsfristen** und Informationspflichten für die Krankenkassen
- **Genehmigungsfiktion**
- **Kostenerstattungsanspruch** zur *Sanktionierung* verzögerter Entscheidungen

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 1

- Die Krankenkasse **hat**
 - 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 Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, **innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang** zu entscheiden.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 2

- Wenn die Krankenkasse eine **gutachtliche Stellungnahme** für **erforderlich** hält,
- **hat** sie diese **unverzüglich einzuholen** und
- die *Leistungsberechtigten* hierüber zu **unterrichten**.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 3
- Der **Medizinische Dienst** *nimmt* innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 4

- Wird ein im Bundesmantelvertrag für **Zahnärzte** vorgesehenes **Gutachterverfahren** gemäß § 87 Abs. 1c durchgeführt,
- **hat** die Krankenkasse **ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen** zu entscheiden;
- der **Gutachter nimmt** innerhalb von **vier Wochen** Stellung.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 5

- Kann die Krankenkasse **Fristen** nach Satz 1 oder Satz 4 **nicht einhalten**,
- **teilt** sie dies den Leistungsberechtigten
 - **unter Darlegung der Gründe**
 - **rechtzeitig**
 - **schriftlich oder elektronisch** mit;
 - für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 6
- Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes,
 - gilt
 - die Leistung
 - nach Ablauf der Frist
 - als genehmigt.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 7

- *Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst,*

- *ist*

- die Krankenkasse

- zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten

- verpflichtet.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 8

- Die Krankenkasse **berichtet** dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden.

1. Inhalt: § 13 Abs. 3a

- Satz 9
- Für Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** gelten die **§§ 14 bis 24 des Neunten Buches** zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- **2. Entwicklung der Rechtsprechung**
- 3. Anwendungsbereich und Tatbestandsvoraussetzungen
- 4. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- 5. Umfang der Genehmigungsfiktion
- 6. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- 7. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

Rechtsprechungsentwicklung

- Inkrafttreten **2013**
- Erste BSG-Urteile **2016/2017**
 - 8.3.2016 – B 1 KR 25/15 R (**1. Senat**)
 - 11.5.2017 – B 3 KR 30/15 R (**3. Senat**)
- Begrenzung auf *subjektiv erforderliche Leistungen*
- Bestehen eines *Sachleistungsanspruchs*
- Geltung der Drei-Wochen-Frist bei unterlassener Mitteilung der MDK-Einschaltung

Rechtsprechungsentwicklung

- **1. Senats (2016) =**
 - *Krankenkasse könne eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind*
- **3. Senat (2017) =** *Widerspruch in einem obiter dictum*

Rechtsprechungsentwicklung

- **Reaktion des 1. Senats (2017)**

- 11.7.2017 – B 1 KR 1/17 R

- Kombination der Rechtsprechung zu den Absätzen 3 und 3a

- *Berechtigte können sich die fiktiv genehmigten Leistungen in einer Privatklinik zulasten ihrer Krankenkasse selbst verschaffen, wenn die Krankenkasse deren Gewährung unter Missachtung der Fiktion später abgelehnt hatte*

Rechtsprechungsentwicklung

- **Reaktion des 1. Senats (2017)**
 - **Genehmigungsfiktion bewirke einen Verwaltungsakt**, der wirksam sei, solange und soweit die Genehmigungsfiktion nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben sei
 - 26.9.2017 – B 1 KR 8/17 R + B 1 KR 6/17
 - 7.11.2017 – B 1 KR 24/17 R + B 1 KR 7/17

Rechtsprechungsentwicklung

- **Fortführung der Rechtsprechung des 1. Senats (2018)**

- 11.9.2018 – B 1 KR 1/18 R

- *Ein Versicherter habe gegen seine Krankenkasse, die eine fiktiv genehmigte Krankenbehandlung rechtswidrig abgelehnt hatte, Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihm aufgrund **privater Selbstbeschaffung im Ausland** entstehen*

Rechtsprechungsentwicklung

▪ Verfestigung der Rechtsprechung des 1. Senats (2019)

- 26.2.2019 – B 1 KR 24/18 R + B 1 KR 18/18 R
- Unmöglichkeit der Krankenkasse, sich von Genehmigungsfiktion zu lösen
- *Vollversorgung mit einem vertragsärztlich zu verordnenden Arzneimittel gilt **ohne Begrenzung auf den Festbetrag** als genehmigt*
 - Krankenkasse habe den Versicherten so lange zu versorgen, wie das Mittel vertragsärztlich verordnet wird, da sich die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung nach den Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion und nicht nach dem Sachleistungsanspruch richte

Rechtsprechungsentwicklung

- **Verfestigung der Rechtsprechung des 1. Senats (2019)**

- 27.8.2019 – B 1 KR 8/19 R + B 1 KR 36/18 R

- **Keine entsprechende Anwendung** der Regelung des **§ 42a Abs. 1 VwVfG** auf Rücknahmen fingierter Genehmigungen nach § 45 SGB X

Rechtsprechungsentwicklung

- **Anfang 2020: Neubesetzung des 1. Senats (insbes. Wechsel des Vorsitzenden)**
 - Enge Abstimmung mit dem 3. Senat
- **Grundlegende Änderung der bisherigen Rechtsprechung**
 - Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V auf Basis eines gänzlich neuen dogmatischen Konzepts
 - Enge Anlehnung an die erst 2018 eingeführte Regelung des § 18 SGB IX
 - 1. Senat: 26.5.2020 – B 1 KR 9/18 R + B 1 KR 21/19 R
 - 3. Senat: 18.6.2020 – B 3 KR 14/18 R + B 3 KR 6/19 R + B 3 KR 13/19 R

Rechtsprechungsentwicklung

- **Rechtsprechungsänderung:**

- Fiktion vermittele dem Versicherten (nur) eine **vorläufige Rechtsposition**, dies es ihm erlaube, sich die Leistung selbst zu beschaffen
- Ein **Sachleistungsanspruch bestehe nicht**,
 - *denn aus Verfassungsrecht oder § 13 Abs. 3a SGB V folge kein Anspruch, dass (auch) mittellose Versicherte sich Leistungen zulasten der GKV verschaffen können, auf die materiell-rechtlich nach dem SGB V kein Anspruch besteht*

Rechtsprechungsentwicklung

- **Rechtsprechungsänderung:**

- Fiktion hat als **subjektive Voraussetzung** die **Gutgläubigkeit des Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung**
 - Gutgläubig ist, wer weder Kenntnis noch grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des Anspruchs habe

- Genehmigungsfiktion = **kein Verwaltungsakt**

- *schließt das Verwaltungsverfahren nicht ab*
- *Krankenkasse deshalb weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Leistungsantrag zu entscheiden*

Rechtsprechungsentwicklung

- **Rechtsprechungsänderung:**

- Möglichkeit zur Selbstbeschaffung endet, wenn
 - über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch bindend (bestandskräftig) entschieden worden ist oder
 - sich der Antrag anderweitig erledigt hat

Rechtsprechungsentwicklung

- **Rechtsprechungsänderung:**

- *Bestandskräftige Entscheidung* über den Leistungsantrag vermittelt dem Versicherten *positive Kenntnis* darüber, ob er die beantragte Leistung beanspruchen kann
- *Während eines laufenden Widerspruchs- oder Gerichtsverfahrens* bleibt das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen, erhalten, solange der Versicherte *gutgläubig* ist

Rechtsprechungsentwicklung

- **Rechtsprechungsänderung:**

- Antrag auf Leistungen im **Ausland sei** auf **Geldleistung** gerichtet,
 - hierfür finde Abs. 4 bis 6 Anwendung
 - **Nicht** Abs. 3a

Rechtsprechungsentwicklung

- **Reaktion der Instanzgerichte (fast einhellig dem BSG gefolgt):**
- LSG Berlin-Brandenburg: 1.3.2022 – L 26 KR 208/20 + 17.08.2020 L 9 KR 12/18
- LSG Bayern: 15.6.2021 – L 5 KR 222/20 + 26.02.2021 L 4 KR 675/19
- LSG Sachsen: 21.4.2021 – L 1 KR 539/17
- LSG Niedersachsen-Bremen: 18.12.2020 –L 4 KR 427/17
- LSG NRW: 10.9.2020 - L 11 KR 196/20 B ER
- LSG Thüringen: 10.9.2020 – L 2 KR 100/19
- wohl auch LSG Baden-Württemberg: 3.3.2021 - L 5 KR 4214/19 Rn. 23

Rechtsprechungsentwicklung

- **Zustimmende Stimmen in der Literatur (Auswahl)**
- Felix SGB 2020, 517
- Kellner NJW 2020, 3272
- Helbig NZS 2021, 22
- Knispel NZS 2021, 222

Rechtsprechungsentwicklung

- **Kritische Stimmen in der Literatur (Auswahl)**
- Mrozynski SGB 2022, 202
- Ulrich SGB 2021, 280
- Lange SozSich 2022, 65
- Schaumberg SGB 2021, 174

Rechtsprechungsentwicklung

- **BVerfG** hat *Verfassungsbeschwerden* gegen Entscheidungen auf Basis der geänderten Rechtsprechung **nicht zur Entscheidung angenommen**
 - BVerfG 20.3.2023 – 1 BvR 172/22

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- **3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion**
- 4. Umfang der Genehmigungsfiktion
- 5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- 6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

3. Rechtsnatur

- **Aktueller Stand nach dem BSG (1. Senat):** 10.03.2022 – B 1 KR 2/21 R
 - Die Genehmigungsfiktion vermittele dem Versicherten eine **Rechtsposition sui generis**
 - Diese erlaube es dem Versicherten, sich die beantragte Leistung nach Fristablauf bei *Gutgläubigkeit* zu Lasten der Krankenkasse *selbst zu beschaffen*, und
 - verbiете es der Krankenkasse *nach erfolgter Selbstbeschaffung*, eine Kostenerstattung mit der Begründung *abzulehnen*, nach dem Recht der GKV bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung
 - *Anspruch nur hinsichtlich der Kosten für eine Leistung, die ein Versicherter hinreichend bestimmt beantragt und nach Eintritt der sich allein auf diesen Antrag beziehenden Genehmigungsfiktion selbst beschafft hat*

3. Rechtsnatur

- Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Leistungsantrags =
- **nicht** die Qualität eines **Verwaltungsaktes**
 - *Argument:*
 - Fehlende Regelung in Wortlaut +
 - Gesetzesbegründung

3. Rechtsnatur

- **Genehmigungsfiktion** =
- *vorläufige Rechtsposition*,
- in ihrem Bestand **begrenzt** durch die **Dauer des Verwaltungs- einschließlich des nachfolgenden gerichtlichen Verfahrens** und
- lediglich hinsichtlich des **Kostenerstattungsanspruchs** für den **jeweiligen Beschaffungsvorgang im laufenden Verfahren endgültig**

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- 3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- **4. Umfang der Genehmigungsfiktion**
- 5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- 6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

4. Umfang

- **BSG (2020)**
- Leistungen mit **Bezug zum Leistungskatalog der GKV**
- „**Erforderliche**“ Leistungen
- **Keine systemfremden** Leistungen

4. Umfang

- **Unabhängig** davon, ob die beantragte Leistung **qualitativ ausreichend** und **notwendig** ist
 - Argument:
 - Ziel, generalpräventiv die Zügigkeit des Verfahrens zu verbessern, würde ins Leere laufen, wenn die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen könnte
 - Krankenkasse im Rahmen dieses Genehmigungsumfangs mit allen *Einwendungen* gegen die Entscheidung *ausgeschlossen*,
 - einschließlich der Beurteilung der medizinischen *Notwendigkeit* oder des Vorliegens einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode,
 - solange der Versicherte **gutgläubig** ist

4. Umfang

- **Gutgläubigkeit oder keine Bösgläubigkeit**
- BSG (bereits vor der „Wende“): subjektive Komponente erforderlich
- Kein Anknüpfungspunkt im Wortlaut
- Vom Gesetzgeber in § 18 V SGB IX eingeführt
- Vom BSG (auch nach der „Wende“) fortgeführt

4. Umfang

- **Gutgläubigkeit oder keine Bösgläubigkeit**
- BSG: Abstellen auf die Gutgläubigkeit des Versicherten zum **Zeitpunkt der Selbstbeschaffung**
- Problem: Tritt die Genehmigungsfiktion auch ein, wenn sich der Versicherte *keine Gedanken* über den Leistungsanspruch gemacht hat bzw. nicht machen konnte, also nur **keine Bösgläubigkeit** vorlag?

4. Umfang

- **Gutgläubigkeit oder keine Bösgläubigkeit**
- Konzeption des § 18 V SGB IX mit Verweis auf § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X:
 - Fehlende Bösgläubigkeit ausreichend
 - Problem:
 - Anwendungsschwierigkeiten
 - Beweis der fehlenden Bösgläubigkeit als Negativtatsache
 - Letztlich selten andere Ergebnisse

4. Umfang

- **Inhaltlicher Anknüpfungspunkt** =
- Glaube, dass die begehrte Sachleistung konkret vom Antragsteller zulasten der gesetzlichen Krankenkasse beansprucht werden kann

4. Umfang

- **Doppelter zeitlicher Anknüpfungspunkt:**
 - **Genehmigungsfiktion** tritt nach Ablauf der maßgeblichen Fristen nur ein, wenn der Versicherte **in diesem Zeitpunkt (nach Fristablauf) gutgläubig** ist
 - **Kostenerstattungsanspruch** kann der Versicherte ferner nur geltend machen, wenn er **auch (noch) im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig** ist

4. Umfang

- **Darlegungslast und objektiver Beweislast (bisher nicht eindeutig geklärt)**
- Unterscheidung zwischen dem *Bestehen* und *Fortbestehen* der Gutgläubigkeit
 - *Versicherte* = Darlegungs- – und bei Unaufklärbarkeit – die objektive Beweislast für das *Entstehen* der Genehmigungsfiktion = *Bestehen* der Gutgläubigkeit zu diesem Zeitpunkt
 - *Krankenkasse* = Darlegungslast und objektive Beweislast für das *Fortbestehen* der Genehmigungsfiktion bis zum Zeitpunkt der *Selbstbeschaffung*

4. Umfang

- **Dauer** (nach der Rechtsprechungsänderung)
- **Dauer der Genehmigungswirkung = Dauer der Gutgläubigkeit des Versicherten**
 - „Maßgeblich ist die Gutgläubigkeit im jeweiligen Beschaffungszeitpunkt“
- Unabhängig von dem Grad der Unkenntnis kann eine Selbstbeschaffung *keinen Kostenerstattungsanspruch* mehr auslösen, wenn sie erst erfolgt, nachdem
 - die Krankenkasse die beantragte Leistung **bestandskräftig abgelehnt** oder
 - im Streitfall das Gericht die Anfechtungs- und Leistungsklage **rechtskräftig abgewiesen** hat:
 - Spätestens die **bestandskräftige Entscheidung** vermittelt dem Versicherten **positive Kenntnis** darüber, ob er die beantragte Leistung beanspruchen kann

4. Umfang

- **Nachträgliche Ablehnung trotz fingierter Genehmigung**
- Entscheidung über den Sachleistungsanspruch trotz Eintritts der Genehmigungsfiktion (nach der Rechtsprechungsänderung) = **Regelfall**
 - notwendig, um dasungsverfahren abzuschließen
 - Denn: Eintritt der Genehmigungsfiktion beendet Verfahren nicht
 - Antrag auf Naturalleistung existiert fort
 - *Begründung der Ablehnungsentscheidung* = kann die Gutgläubigkeit des Versicherten und damit die Genehmigungsfiktion beseitigen

4. Umfang

- **Nachträgliche Ablehnung trotz fingierter Genehmigung**
- Nichtbeachtung des Eintritts der fiktiven Genehmigung = **Amtshaftungsanspruch?**
 - Relevant für Anwaltskosten, soweit sie nach § 63 SGB X nicht zu ersetzen sind
- Bejaht: LSG Bayern 27.10.2020 – L 5 KR 184/20

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- 3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- 4. Umfang der Genehmigungsfiktion
- **5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch**
- 6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)

5. Kostenerstattung und Freistellung

- Erstattung der **angefallen Kosten** im Umfang der fiktiv genehmigten Leistung
 - wird bestimmt vom Umfang des gestellten *Antrags* und vom genehmigungsfähigen *Antragsinhalt*
 - Regelmäßig: Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer
 - Keine Änderung der Beschaffungsmöglichkeiten bei Ablehnung der Krankenkasse unter Missachtung der Fiktion
- **Kostenerstattungsanspruch** =
 - (auch) Anspruch auf **Freistellung** von den Kosten und auf Zahlung der Krankenkasse an den Gläubiger =
 - gerichtet auf *Befreiung von einer Verbindlichkeit*

5. Kostenerstattung und Freistellung

- Voraussetzung:
 - **Kosten tatsächlich entstanden** oder
 - Versicherter einer **wirksamen Kostenforderung ausgesetzt**
- **Nicht** umfasst: Vom Versicherten zu tragende *Zuzahlungen* oder *Eigenanteile*
 - Argument: Versicherte sollen durch die Regelung so gestellt werden, als hätte die Krankenkasse die beantragte Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt

5. Kostenerstattung und Freistellung

- **KEIN Sachleistungsanspruch (mehr):**
- Bis 2019 bejahte BSG neben dem Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruch *auch* einen aus der Genehmigungsfiktion folgenden Sachleistungsanspruch
- Argument 1:
 - Unterschiedliche Rechtsfolgen der Genehmigungsfiktion in S. 6 und S. 7:
 - *Wäre der Geltungsbereich lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme S. 6 kein eigener Regelungsgehalt zu.*

5. Kostenerstattung und Freistellung

- **KEIN Sachleistungsanspruch (mehr):**
- Bis 2019 bejahte BSG neben dem Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruch auch einen aus der Genehmigungsfiktion folgenden Sachleistungsanspruch
- Argument 2:
 - Eine andere Auslegung **benachteiligt mittellose Versicherte**, *die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen*
 - Wäre der Naturalleistungsanspruch ausgeschlossen, kämen gerade die Berechtigten nicht in den Genuss der neu geregelten Sanktionswirkung, die in besonderem Maße schutzbedürftig sind, weil ihnen entweder eine Vorfinanzierung überhaupt nicht möglich sei oder sie auch bei durchschnittlichem Einkommen und Vermögen finanziell überfordert seien, eine teure Leistung vorzufinanzieren

5. Kostenerstattung und Freistellung

- **KEIN Sachleistungsanspruch (mehr):**
- 1. und 3. Senat lehnen seit 2020 einen Naturalleistungsanspruch ab
- Argumente:
 - Entstehungsgeschichte
 - Binnensystematik der Vorschrift
 - Fortentwicklung des Genehmigungsfiktionsrechts in der parallelen Vorschrift des § 18 SGB IX
 - **UND: Keine Verletzung des Gleichheitsgrundrechts aus Art. 3 Abs. 1 GG**
 - **Denn...**

5. Kostenerstattung und Freistellung

- Gleichheitssatz verlange nicht, dass eine fingierte Genehmigung einen Anspruch zur Rechtsfolge haben muss, damit (auch) mittellose Versicherte sich Leistungen zulasten der GKV verschaffen können, auf die materiell-rechtlich nach dem SGB V kein Anspruch besteht
- Entscheidend ist, dass alle Versicherten nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen Zugang zu den Sachleistungsansprüchen der GKV haben
- Dass finanziell besser gestellte Versicherte sich eine (umstrittene) Leistung grundsätzlich einfacher auf ihre Kosten beschaffen können, war schon bisher auch bei der Anwendung des Abs. 3 möglich

5. Kostenerstattung und Freistellung

- Soweit bei der Gruppe der mittellosen Versicherten eine Selbstbeschaffung faktisch nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, ist dies eine vom Gesetzgeber in Kauf genommene Folge
- Die Vorleistungspflicht und die dafür erforderliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sind unabhängig vom jeweiligen Rechtsgebiet sämtlichen Kostenerstattungsregelungen immanent

5. Kostenerstattung und Freistellung

- **Prozessuale Fragen**
- Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch = **Leistungsklage**
- Wegen der Rechtswirkung der Genehmigungsfiktion = *keine* Untätigkeitsklage
- Bei Fehlen eines entgegenstehenden Ablehnungsbescheides = *keine* Anfechtungsklage
 - Erst der Erlass eines Ablehnungsbescheides beendet das Antragsverfahren
 - Hiergegen = Anfechtungswiderspruch + Anfechtungsklage zulässig

Genehmigungsfiktion: § 13 Abs. 3a

- 1. Zielsetzung und Inhalt im Überblick
- 2. Entwicklung der Rechtsprechung
- 3. Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion
- 4. Umfang der Genehmigungsfiktion
- 5. Kostenerstattungs- und Freistellungsanspruch
- **6. Verhältnis zum SGB IX (bei Reha-Leistungen)**

6. Verhältnis zum SGB IX

- Für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** = §§ 14-24 SGB IX
 - § 13 Abs. 3a S. 9 = lediglich Klarstellungsfunktion
 - Abs. 3a findet **keine** Anwendung
- Bewusstes Festhalten des Gesetzgebers an der Abgrenzung festgehalten durch
 - Regelung einer eigenständigen Genehmigungsfiktion in
 - § 18 Abs. 4 und Abs. 5 SGB IX

§ 18 SGB IX: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von **zwei Monaten ab Antragseingang** bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).

(2) *(Mitteilung, Fristverlängerung...)*

(3) Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.

§ 18 SGB IX: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(4) **Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet.** Mit der Erstattung gilt der Anspruch der Leistungsberechtigten auf die Erbringung der selbstbeschafften Leistungen zur Teilhabe als erfüllt. Der Erstattungsanspruch umfasst auch die Zahlung von Abschlägen im Umfang fälliger Zahlungsverpflichtungen für selbstbeschaffte Leistungen.

§ 18 SGB IX: Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(5) Die Erstattungspflicht besteht **nicht**,

1. wenn und soweit **kein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistungen bestanden hätte** *und*

2. die Leistungsberechtigten dies **wussten** oder infolge **grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten**.

6. Verhältnis zum SGB IX

- Kein Nebeneinander beider Normkomplexe
- Klare Systemabgrenzung
- Maßstab für die Systemabgrenzung = allein das **objektive Recht**

6. Verhältnis zum SGB IX

- Abgrenzung zwischen **stationärer Reha** und **Krankenhausbehandlung**
 - nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden, der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und dem Hauptziel der Behandlung
- Bei der Versorgung mit **Hilfsmitteln** =
 - gesetzlich unterschiedlich definierte **Zweckdienlichkeit**

Gliederung

I. Rechtsstellung der Patienten im Sozialrecht

II. Individualisierung + Wunsch- und Wahlrecht

III. Systematik des § 13 SGB V

IV. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

V. Fazit

V. Fazit 1: Kritik an Verlust der Sanktionswirkung

- Genehmigungsfiktionen (§ 13 Abs. 3a SGB V und § 18 Abs. 3 SGB IX) dienen primär und nach ursprünglichem Willen des Gesetzgebers dem Schutz der Leistungsberechtigten, indem sie die bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten wirkungsvoll in einem frühen Stadium ergänzen und die Leistungsträger zu einer zügigeren Entscheidung anhalten sollten.
- Gemessen an dieser ursprünglichen Zielsetzung haben die Urteile des 1. und 3. Senats der Genehmigungsfiktion ihre Wirkung weitgehend genommen, weil durch die restriktive Auslegung wesentliche Teile der Sanktionswirkung und entscheidende Anreize für die Leistungsträger zur zügigeren Entscheidungen über die Anträge weggefallen sind.

V. Fazit 2: Kritik an der gleichheitsrechtlichen Betrachtung

- Das BSG sieht in Art. 3 Abs. 1 GG primär ein Recht auf formelle Gleichheit, ohne real existierende Unterschiede in die Abwägung einzubeziehen. Der Gleichheitssatz darf aber reale soziale Ungleichheiten nicht ignorieren, sondern muss auf diese adäquat reagieren.
- Bei der Gesundheitsversorgung wird Art. 3 Abs. 1 GG zudem durch das Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 1 GG ergänzt, welches den Staat u. a. dazu verpflichtet, auf einen sozialen Ausgleich hinzuwirken und sich um die Herstellung sozialer Gerechtigkeit im tatsächlichen Sinne zu bemühen.
- Der mit der Rechtsprechungsänderung erfolgte Ausschluss des Naturalleistungsanspruchs aus § 13 Abs. 3a SGB V betrifft aber in erster Linie finanziell schwächere Versicherte, die zur Selbstbeschaffung der gesundheitsbezogenen Leistungen außerstande sind.

V. Fazit 2: Kritik an der gleichheitsrechtlichen Betrachtung

- Der Anspruch auf Kostenfreistellung ist eine Möglichkeit, um die Folgen eines fehlenden Naturalleistungsanspruchs für mittellose Versicherte zu mildern.
- Denkbar wäre es, den Kostenerstattungsanspruch sicherungshalber vor Beginn der Inanspruchnahme der Leistung abzutreten, um so deren Finanzierung zu ermöglichen.
- Im Rahmen der Abtretung eines Kostenerstattungsanspruchs sind zwei Konstellationen denkbar:

V. Fazit 2: Kritik an der gleichheitsrechtlichen Betrachtung

- Zum einen können sich die Leistungsberechtigten zur Finanzierung der Leistung für ein Darlehen (§§ 488 ff. BGB) entscheiden. Dabei kann der Kostenerstattungsanspruch gemäß § 53 Abs. 2 Nr. 1 SGB I sowohl zur Rückzahlung des Darlehens als auch zur Sicherung der Darlehensrückforderung genutzt werden.
- Zum anderen könnte die versicherte Person auch mit dem Leistungserbringer vereinbaren, mit der Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs seine Leistung zu erfüllen (sogenannte Leistung erfüllungshalber). Dieser kann seinen Vergütungsanspruch dann nach der Leistungserbringung aus der abgetretenen Forderung verlangen.

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit