

SOZIALGERICHT BREMEN

S 8 KR 259/15



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

A,

Kläger,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte B

g e g e n

C Krankenkasse

Beklagte,

hat die 8. Kammer des Sozialgerichts Bremen ohne mündliche Verhandlung am 3.3.2017 durch den Direktor des Sozialgerichts Dr. Schnitzler und die ehrenamtlichen Richter D und E für Recht erkannt:

Der Bescheid der Beklagten vom 13.2.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.9.2015 wird aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger mit einem Speedy Bike Elektra 3 zu versorgen.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

TATBESTAND

Die Beteiligten streiten um die Versorgung des Klägers mit einem „Speedy Bike Elektra 3“ – ein elektrisch betriebenes Rollstuhlzuggerät - im Wert von ca. 8.655,05 €

Der im Jahre 1959 geborene Kläger leidet an einer spastischen Paraparese.

Die Fachärzte für Allgemeinmedizin F, Bremen verordneten ihm am 14.11.2014 ein „Speedy Elektra 3“. Der Antrag bei der beklagten Krankenkasse am 24.11.2014 ein, und zwar mit einem Kostenvoranschlag der G Rehathechnik vom 19.11.2014 über 8.655,05 €

Am 11.12.2014 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie, um eine abschließende Beurteilung vornehmen zu können, noch weitere Informationen einholen müsste. Sie habe den Arzt des Klägers angeschrieben und ihn um weitere Informationen gebeten. Sobald ihr, der Beklagten, die Ergebnisse vorlägen, würde sie sich erneut beim Kläger melden. Die Beklagte holte außerdem eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MDK) ein. Mit Bescheid vom 13.2.2015 lehnte die Beklagte dann den Antrag auf Kostenübernahme ab und wies zur Begründung auf die Ausführungen des MDK. Der Widerspruch blieb erfolglos; er wurde von der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 25.9.2015 als unbegründet zurückgewiesen.

Der Kläger hat am 7.10.2015 Klage beim Sozialgericht Bremen erhoben. Er meint, er habe einen Anspruch auf Kostenübernahme gemäß § 13 Abs. 3 a SGB V. Die Beklagte habe ihre Verpflichtung aus dieser Vorschrift nicht erfüllt. Sie habe über den Antrag nicht innerhalb von drei Wochen entschieden. Das Schreiben vom 11.12.2014 erfülle auch nicht die Anforderungen von § 13 Abs. 3a SGB V an die schriftliche Mitteilung der Gründe für ein Fristversäumnis. Nach dessen S. 5 müsse die Krankenkasse ihr Unvermögen, die Frist nach S. 1 oder 4 einzuhalten, dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitzuteilen. In dem genannten Schreiben sei nicht erläutert, dass die Dreiwochenfrist nicht eingehalten werden können. Es handele sich lediglich um eine Eingangsbestätigung mit der Information, dass weitere Unterlagen eingefordert werden würden. Dem Schreiben sei mit keinem Wort zu entnehmen, dass die Beklagte irgendeine Frist nicht einhalten könne. Die ablehnende Entscheidung vom 13.12.2015 sei erst nach 11 Wochen und 4 Tagen erfolgt. Damit sei die Dreiwochenfrist deutlich überschritten; gleiches gelte für die Fünfwochenfrist. Rechtsfolge sei nach dem Gesetz, dass die beantragte Leistung als genehmigt gelte. Unabhängig davon stehe dem Kläger auch ein Anspruch auf Gewährung des Hilfsmittels gemäß § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zu.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen sinngemäß,

den Bescheid der Beklagten vom 13.2.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.9.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn mit einem Speedy Bike Elektra 3 zu versorgen.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen sinngemäß,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte meint, dem Kläger stehe kein Anspruch aus § 13 Abs. 3 a SGB V zu. Noch innerhalb der dreiwöchigen Frist, nämlich mit dem Schreiben vom 11.12.2014, sei dem Kläger mitgeteilt worden, dass weitere Informationen eingeholt werden müssten. Damit habe sie zum Ausdruck gebracht, dass innerhalb der Frist nicht entschieden werden können. Das Schreiben genüge auch den sonstigen Anforderungen des Abs. 3 a. Denn die Rechtsnorm verpflichte nicht ausdrücklich, ausführlich auf die Rechtslage unter Nennung der fraglichen Normen hinzuweisen. Dies würde bei rechtsunkundigen Versicherten auch eher zu einer Verunsicherung führen. Ein ausdrücklicher Hinweis auf gesetzliche Fristen sei damit nicht erforderlich. Die Gegenauffassung überspanne die Anforderungen an ein Mitteilungsschreiben. Außerdem könne die Genehmigungsfiktion nur eintreten, wenn die fragliche Leistung vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz umfasst sei. Anders sei es z.B. bei Diätmargarine, aber auch im vorliegenden Fall. Ein Speedy Bike sei für Erwachsene keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Speedy Bike sei 14 km/h schnell und damit einem Fahrrad gleichgestellt, Fahrräder seien aber nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Die Beklagte hat einen Rücknahmebescheid vom 10.8.2016 erlassen, um die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V aufzuheben.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Schreiben vom 2.2.2017 bzw. 14.2.2017).

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die Klage, über die die Kammer mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig und begründet.

Es kann dahinstehen, ob dem Kläger ein Anspruch auf Versorgung mit dem Speedy Bike Elektra 3 gemäß § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zusteht.

Dies braucht die Kammer nicht zu entscheiden, weil der Anspruch des Klägers auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmitteln sich bereits aus § 13 Abs. 3 a SGB V ergibt.

§ 13 Abs. 3a SGB V in der seit dem 26.2.2016 geltenden aktuellen Fassung verpflichtet 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese nach Abs. 3a Satz 2 unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt nach Satz 3 innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse nach Satz 4 ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies nach Satz 5 den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gem. Satz 6 als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach Satz 7 zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet nach Satz 8 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten nach Satz 9 die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Zu dieser (neuen) Norm hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 8.3.2016 ausgeführt (B 1 KR 25/15 R, Rn. 8 ff.):

1. Der Kläger kann sich für die Erstattung der Kosten auf den Anspruch aus § 13 Abs 3a S 7 SGB V nach dessen zeitlichem und sachlichem Anwendungsbereich berufen.

a) Die Regelung ist nach ihrem Geltungszeitraum anzuwenden. Nach dem maßgeblichen intertemporalen Recht (*vgl hierzu zB BSGE 99, 95 = SozR 4-2500 § 44 Nr 13, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 13 f mwN*) greift die Regelung lediglich für Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen, die Berechtigte ab dem 26.2.2013 stellen. Der Kläger stellte nach dem 25.2.2013, am 16.12.2013, bei der Beklagten einen Antrag auf Bewilligung einer künftig zu leistenden Psychotherapie.

b) Die Regelung ist auch sachlich anwendbar. Denn der Kläger verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha), sondern Erstattung für selbstbeschaffte Krankenbehandlung.

Die Regelung findet keine Anwendung auf Ansprüche gegen KKn, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind. Das sind andere Ansprüche der Versicherten wegen sachleistungsersetzender Kostenerstattung etwa nach § 13 Abs 2 und 3 SGB V und wegen Geldleistungen mit Unterhaltersatzfunktion. Der gesetzliche Erstattungsanspruch für die selbstbeschaffte erforderliche Leistung passt hierauf nicht (*vgl zu Wortlaut und Regelungssystem aa*). Versicherte können sich jederzeit Kredite zur Überbrückung von Zeiten verschaffen, in denen bei ihnen ein Bedarf entsteht, weil KKn den Versicherten zustehende Geldleistungsansprüche nicht auszahlen. Es bedarf hierfür keines besonderen Rechtsmechanismus, die gesetzliche Verzinsungsregelung greift (*vgl § 44 SGB I*). Der Gesetzgeber ging für die Regelung dementsprechend von einer "Ausnahme vom Sachleistungsprinzip" aus (*vgl hierzu Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr 1*). Die späteren Änderungen des Gesetzentwurfs (*vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, BT-Drucks 17/11710 S 11*) geben keinen Anlass zu einer hiervon abweichenden Auslegung.

Der Erstattungsanspruch bei Genehmigungsfiktion ist auch für Leistungen zur medizinischen Reha nicht gegeben. Das folgt aus Wortlaut und Binnensystem der Norm (*dazu aa*), Entstehungsgeschichte (*dazu bb*) und Regelungszweck im Gesamtsystem (*dazu cc*). Die vom Kläger begehrte und selbstbeschaffte Psychotherapie ist nicht Gegenstand der medizinischen Reha, sondern der Krankenbehandlung (*dazu dd*).

aa) Nach § 13 Abs 3a S 1 SGB V hat die KK 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 der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die KK eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (§ 13 Abs 3a S 2 SGB V). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs 3a S 3 SGB V). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt (§ 13 Abs 3a S 4 SGB V). Kann die KK die Fristen nach S 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs 3a S 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs 3a S 6 SGB V). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die KK zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (§ 13 Abs 3a S 7 SGB V). Für Leistungen zur medizinischen Reha gelten die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (§ 13 Abs 3a S 9 SGB V).

bb) Nach den Gesetzesmaterialien gelten für Leistungen zur medizinischen Reha die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen. Das

Gesetz stellt dies ausdrücklich klar (*vgl hierzu Entwurf der Bundesregierung eines PatR-VerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr 1*).

cc) Auch der Regelungszweck im Gesamtsystem verdeutlicht, dass das Gesetz Kostenerstattung wegen Genehmigungsfiktion für Leistungen zur medizinischen Reha nicht vorsieht. Der Gesetzgeber hat bewusst Leistungen zur medizinischen Reha aus dem Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V ausgeklammert. Schon die Vorgaben für die Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur medizinischen Reha (§ 14 SGB IX) würden zur gesetzlichen Regelung der Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a S 6 SGB V) nicht passen. Sie wären mit dem aufgezeigten Fristenregime des § 13 Abs 3a SGB V nicht kompatibel. Leitete der erstangegangene Träger einen Antrag innerhalb von zwei Wochen nach seinem Eingang weiter (§ 14 Abs 1 S 1 SGB IX), könnte dennoch innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang beim erstangegangenen Träger bereits die Genehmigungsfiktion eintreten (§ 13 Abs 3a S 1 und S 6 SGB V). Vergleichbares gilt für die unterschiedlichen Erstattungsregelungen (§ 13 Abs 3a S 7 SGB V und § 15 SGB IX).

dd) Der Begriff der Leistungen zur medizinischen Reha ist funktionsadäquat auszulegen: Einerseits umfasst er in einem weiten Sinne Leistungen, die eine KK als erstangegangener Reha-Träger nach dem Recht des eigentlich zuständigen Trägers zu erbringen hat, wenn sie den Antrag nicht weiterleitet und deshalb im Außenverhältnis zum zuständigen Träger wird. Die in § 14 Abs 1 und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich in diesem Falle im Außenverhältnis (behinderter Mensch/Reha-Träger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind (*vgl BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4 RdNr 14 mwN*). Einbezogen sind zB Adaptionsmaßnahmen, die eine KK allein nach dem Recht des SGB V nicht leisten müsste (*vgl zB BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 16 ff*). Dieser Schutzmechanismus darf nicht durch ein zu enges Begriffsverständnis der "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" ausgehebelt werden. Der Entscheidungszeitpunkt der KK spielt hierbei keine Rolle.

Andererseits erstreckt sich dieser Leistungsbegriff in der Regelung des § 13 Abs 3a S 9 SGB V - bei einem Antrag auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einem engeren Sinne - nur auf die Leistungen zur medizinischen Reha im Sinne des SGB V. Das sind insbesondere die dort als solche bezeichneten Leistungen (§ 40 SGB V), aber auch zB teilweise Arbeitstherapie (*vgl zB BSGE 109, 122 = SozR 4-2500 § 42 Nr 1, RdNr 21 ff, 26 mwN*). Versicherte der GKV - wie der Kläger - haben gemäß § 11 Abs 2 S 1 SGB V ua Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Reha, die "notwendig sind, um eine Behinderung (...) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern". Diese Leistungen werden unter Beachtung des SGB IX erbracht, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist (§ 11 Abs 2 S 3 SGB V). Die KK - gemäß § 5 Nr 1, § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX mögliche Träger von Leistungen zur medizinischen Reha - sind nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Reha-Leistungen indes nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (*vgl § 11 Abs 2, § 40 SGB V; BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 18*).

Speziell für Psychotherapie unterscheidet das SGB V zwischen ärztlicher Behandlung einschließlich Psychotherapie (*vgl § 27 Abs 1 S 2 Nr 1 SGB V*) als einem Teilbereich ambulanter Krankenbehandlung einerseits (*vgl zu diesem Begriff in Abgrenzung zur ambulanten Reha § 40 Abs 1 S 1 SGB V*) und Leistungen zur medizinischen Reha, zu deren Bestandteilen auch Psychotherapie gehören kann, und ergänzenden Leistungen andererseits (*vgl § 27 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V*). Im Regelungsbereich ambulanter ärztlicher Behandlung im Rechtssinne wird die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien (RL) nach § 92 SGB V durchgeführt (*vgl § 28 Abs 3 S 1 SGB V idF durch Art 2 Nr 2 Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.6.1998, BGBl I 1311; vgl BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 20 RdNr 10*). Um eine solche Leistung psychotherapeutischer Krankenbehandlung ging es dem Kläger.

2. Grundvoraussetzung des Erstattungsanspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a S 7 SGB V) ist, dass die beantragte Leistung im Sinne des Gesetzes nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt (§ 13 Abs 3a S 6 SGB V; dazu a). Das folgt aus dem oben aufgezeigten Wortlaut und dem Binnensystem der Norm (vgl oben, II. 1. b aa), Entstehungsgeschichte und Regelungszweck. Die vom Kläger beantragte Leistung galt in diesem Sinne als genehmigt (dazu b).

a) Der Eintritt der Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a S 6 SGB V) ist in der Erstattungsregelung (§ 13 Abs 3a S 7 SGB V) verkürzend mit den Worten "nach Ablauf der Frist" vorausgesetzt. Gemeint ist nicht jeder Fall des Ablaufs der Fristen nach § 13 Abs 3a S 1 oder S 4 SGB V. Der Erstattungsanspruch setzt nach seinem inneren Zusammenhang mit der Mitteilungspflicht (§ 13 Abs 3a S 5 SGB V) und dem Eintritt der Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a S 6 SGB V) vielmehr voraus, dass die KK keinen oder keinen hinreichenden Grund mitteilte. Nur im Fall grundlos nicht fristgerechter Leistungserbringung kann sich der Versicherte aufgrund der Regelung die erforderliche Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung von der KK verlangen (vgl hierzu auch *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, BT-Drucks 17/11710 S 29 f*). Der Regelungszweck, Bewilligungsverfahren der KK zu beschleunigen (vgl hierzu auch *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, aaO S 29*), zielt nicht darauf ab, hinreichend begründete Verzögerungen zu sanktionieren. Die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes bewirkt für die von der KK prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt. Stellt sich nach Mitteilung einer ersten, sachlich gerechtfertigten Frist heraus, dass diese zunächst prognostizierte Frist sich aus hinreichenden Sachgründen als zu kurz erweist, kann die KK zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion dem Antragsteller die hinreichenden Gründe mit der geänderten taggenauen Prognose erneut - ggf wiederholt - mitteilen. Erst wenn sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der letzten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen, ist die KK zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

b) Die vom Kläger beantragte Psychotherapie galt wegen Fristablaufs als genehmigt. Denn der leistungsberechtigte Kläger (dazu aa) stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag (dazu bb) auf Leistung von 25 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Langzeitpsychotherapie, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt (dazu cc). Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs 3a S 1 SGB V, ohne dem Kläger hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen (dazu dd).

aa) Der Kläger ist als bei der Beklagten Versicherter leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. "Leistungsberechtigter" ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der GKV Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen KK.

bb) Der Kläger beantragte hinreichend bestimmt die Gewährung einer Psychotherapie als Langzeittherapie im Umfang von 25 Sitzungen. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Entsprechend den allgemeinen, in § 42a VwVfG (*Verwaltungsverfahrensgesetz idF durch Art 1 Nr 5 des Vierten Gesetzes zur Änderung verwaltungsverfahrenrechtlicher Vorschriften - 4. VwVfÄndG - vom 11.12.2008, BGBl I 2418 mWv 18.12.2008*) normierten Grundsätzen (vgl *Begründung zu § 42a VwVfG im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, BT-Drucks 16/10493 S 15*) gilt "eine beantragte Genehmigung (...) nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (...), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist". Da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen (vgl *Begründung zu § 42a VwVfG im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, BT-Drucks 16/10493 S 16*). Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (zu § 13 SGB V: *Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 RdNr 73; Noftz in Hauck/Noftz, SGB*

V, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 58l; s auch *Gemeinsames Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der KKn und der Verbände der KKn auf Bundesebene zur leistungrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs 3a SGB V vom 15.5.2013, S 20*; zu § 42a VwVfG: U Stelkens in P Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 8. Aufl 2014, § 42a RdNr 35 mwN).

So lag es hier. Der Klägerantrag auf Gewährung von Psychotherapie als Langzeittherapie im Umfang von 25 Sitzungen war im Rechtssinne hinreichend bestimmt und fiktionsfähig.

cc) Der Antrag des Klägers betraf eine Leistung, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Denn die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch im Ansatz entspricht (vgl § 13 Abs 3a S 7 SGB V). Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (vgl LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - Juris RdNr 7 mwN). Für diese Auslegung spricht schließlich der Sanktionscharakter der Norm (vgl hierzu Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32, zu Art 2 Nr 1). Der Anspruch ist entsprechend den allgemeinen Grundsätzen auf Freistellung von der Zahlungspflicht gerichtet, wenn die fingierte Genehmigung eine Leistung betrifft, die nicht als Naturalleistung erbracht werden kann (vgl zur Kostenfreistellung zB BSGE 117, 10 = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 16 mwN und Leitsatz 2). Auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion setzt voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung (entsprechend der fingierten Genehmigung; dazu II. 3. a) selbst beschaffen.

Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die Gesetzesmaterialien sprechen beispielhaft den Fall an, dass die KK auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (vgl *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, BT-Drucks 17/11710 S 30*; im Ergebnis ähnlich etwa LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - L 5 KR 222/14 B ER - Juris RdNr 9; Schleswig-Holsteinisches LSG Beschluss vom 20.1.2016 - L 5 KR 238/15 B ER - Juris RdNr 23 ff; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 58l; Vogl, NZS 2014, 210, 211; Werner, SGB 2015, 323, 325; aA etwa LSG NRW Beschluss vom 26.5.2014 - L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B - Juris RdNr 26 ff; Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 RdNr 74; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl 2014, § 13 RdNr 29; Knispel, SGB 2014, 374, 376; Rieker, NZS 2015, 294, 297; Preis/Schneider, NZS 2013, 281, 288; Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 43).

Die beantragte Psychotherapie unterfällt ihrer Art nach dem Leistungskatalog der GKV, wie oben dargelegt. Der Kläger konnte auch aufgrund der fachlichen Befürwortung seines Antrags durch die Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin T die Behandlung für geeignet und erforderlich halten. Der Gedanke an einen Rechtsmissbrauch liegt fern.

Die Kammer folgt dieser Entscheidung. Die sich somit ergebenden Voraussetzungen für einen Anspruch durch Eintritt der Genehmigungsfiktion sind im vorliegenden Fall erfüllt.

Die Genehmigungsfiktion ist eingetreten. Die Beklagte hat die Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 und Satz 4 nicht eingehalten, „dies“ aber dem Leistungsberechtigten „unter Darlegung der Gründe“ nicht mitgeteilt. Damit gilt gem. S. 6 die Leistung als genehmigt, weil „keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes“ erfolgt ist.

Der Kläger konnte die fragliche Leistung auch für erforderlich halten. Eine ärztliche Verordnung war gegeben und das Vorgängermodell der begehrten Leistung findet sich im Hilfsmittelkatalog. Zudem haben Versicherte unter Umständen einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hand-Bike, wie eine Entscheidung des Landessozialgerichts des Saarlandes zeigt (L 2 KR 92/14, Urt. v. 21.10.2015). Die Leistung war auch aus subjektiver Sicht des Klägers erforderlich, wie der Vortrag des Klägers zeigt.

Die Genehmigungsfiktion ist auch noch wirksam, obwohl die Beklagte versucht hat, diese durch einen Rücknahmebescheid vom 10.8.2016 aufzuheben. Denn für den Rücknahmebescheid fehlt eine Rechtsgrundlage. Eine Rücknahme konnte nicht wirksam gem. § 45 SGB X – der einzig in Betracht kommenden Vorschrift, zumal ein rechtmäßiger Verwaltungsakt nur nach den Voraussetzungen des § 47 SGB X zurückgenommen werden könnte, die hier nicht vorliegen (Widerrufsvorbehalt, Auflage) - erklärt werden, weil der Eintritt der Genehmigungsfiktion – den die Beklagte mit dem Rücknahmebescheid rückgängig machen wollte - nicht rechtswidrig im Sinne dieser Vorschrift ist. Im Übrigen wäre es sinnwidrig und würde den Willen des Gesetzes konterkarrieren, wenn die Krankenkassen durch Rücknahmebescheide die vom Gesetzgeber beabsichtigte Fiktionswirkung aufheben könnten (vgl. Bay. LSG, Urt. v. 28.6.2016, L 5 KR 323/14).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

schriftlich oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Bremen vom 18.12.2006 (Brem. GBl. S. 548) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Dr. Schnitzler
Direktor des Sozialgerichts