

Rechtsprechungsänderung zur Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a SGB V: Kein Sachleistungsanspruch mehr infolge „fiktiver Genehmigung“

- *Mit den Urteilen vom 26.5.2020 (B 1 KR 9/18 R; B 1 KR 21/19 R) und vom 18.6.2020 (B 3 KR 14/18 R; B 3 KR 6/19 R; B 3 KR 13/19 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) der bisherigen Rechtsprechung zur Genehmigungsfiktion eine Absage erteilt und diese in wesentlichen Teilen geändert.*

Anmerkung: Dieser Info-Dienst ersetzt den Info-Dienst 21/2017.

Welche inhaltlichen Regelungen treffen die oben genannten BSG-Urteile im Kern?

Mit Wirkung vom 26.03.2013 wurde die sog. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a SGB V eingeführt, darin heißt es:

(3a) 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. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse 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 den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet 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 die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Mit Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/15 R) hatte das BSG entschieden, dass bei § 13 Abs. 3 a SGB V kraft Genehmigungsfiktion nicht nur ein Kostenerstattungsanspruch, sondern auch ein Sachleistungsanspruch besteht. Die Krankenkasse konnte eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Dem schloss sich der 3. Senat des BSG mit dem Urteil vom 11.5.2017 (B 3 KR 30/14 R) teilweise an. Demnach traten die Genehmigungsfiktion und auch der Kostenerstattungsanspruch auch ein, wenn eine Leistung begehrt wurde, die nicht objektive medizinisch notwendig ist, wenn der Versicherte aus seiner Sicht von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen konnte.

Nach verschiedenen Urteilen des 1. und 3. Senats des BSG sind die nach Neubesetzungen der Senate ergangenen Urteile vom 26.5.2020 (*B 1 KR 9/18 R; B 1 KR 21/19 R*) und 18.6.2020 (*B 3 KR 14/18 R; B 3 KR 6/19 R; B 3 KR 13/19 R*) eine deutliche Abkehr von der bisherigen Rechtsprechung. Wesentliche Änderung ist die Änderung der Rechtsfolgen: demnach vermittelt die Genehmigungsfiktion dem Versicherten lediglich eine vorläufige Rechtsposition, um sich die Leistung selbst zu beschaffen, es besteht jedoch ausdrücklich kein Sachleistungsanspruch mehr. Insofern ist zwingend die Vorfinanzierung erforderlich, was problematisch ist beispielsweise bei mittellosen Versicherten. Diese sind nun gezwungen, ggf. Darlehen für die zügige Selbstbeschaffung aufzunehmen. Die eingetretene Genehmigungsfiktion ist nach Auffassung der Rechtsprechung kein Verwaltungsakt und schließt das Verwaltungsverfahren nicht ab. Die Krankenkasse ist daher weiterhin berechtigt, aber auch verpflichtet, über den konkreten Leistungsantrag zu entscheiden.

Das bedeutet im Ergebnis, dass die Möglichkeit zur Selbstbeschaffung in dem Moment endet, wenn über den Leistungsanspruch bestandskräftig entschieden worden ist oder sich der Antrag anderweitig erledigt hat.

Die bisher vertretene Auffassung, dass auch einkommensschwache Versicherte, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, in den Schutzbereich des § 13 Abs. 3 a SGB V einbezogen sind, wird damit nicht mehr gestützt. Die zuvor eher gestärkte Rechtsposition des Versicherten und die damit einhergegangene Rechtssicherheit zugunsten der Leistungserbringer ist damit aufgegeben worden. Statt des Sachleistungsanspruches besteht nunmehr ein Kostenerstattungsanspruch, und dieser auch nur bei „Gutgläubigkeit“ im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung.

Welche Auswirkungen hat die geänderte Rechtsprechung des BSG für die Abrechnung der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP-Leistungen)?

Die Rechtsprechung, die grundsätzlich eine aktuell noch nicht gänzlich absehbare Tragweite in der Genehmigungspraxis der SGB V- Leistungen haben wird, wird für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege jedoch durch die Regelungen in der HKP-Richtlinie, dem Rahmenvertrag nach §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V sowie den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V deutlich abgemildert.

Denn gem. § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinie übernimmt die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen (...), wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn dies nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird.

Auch der Rahmenvertrag nach §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V sowie die Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V bestätigen diesen Vertrauensschutz der Leistungserbringer.

Konkret bedeutet dies für die Praxis, dass - wie bisher auch - bis zu einer ablehnenden Entscheidung seitens der Krankenkasse, die Pflegedienste die verordneten und erbrachten Leistungen abrechnen können.

Fazit:

Die in ihrer Rechtsfolge deutlich geänderte Rechtsprechung des BSG betreffend die Auslegung des § 13 Abs. 3 a SGB V, bringt jedoch für die Leistungsabrechnung von HKP-Leistungen keine Änderungen mit sich.

Denn der u.a. in der HKP-Richtlinie geregelte Vertrauensschutz des Leistungserbringers gilt unabhängig von der Beurteilung der Qualität der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3 a SGB V durch das Gericht. Die Rechtsprechung hat vielmehr Auswirkungen auf die Leistungsbezieher, die eine Entscheidung der Kasse abwarten müssen, um sichergehen zu können, dass Ihnen die verordnete Leistung auch gewährt wird. Ein reiner Fristablauf nach Beantragung der Leistung schafft nun keine Rechtssicherheit mehr.

Praxistipp:

Vergewissern Sie sich vor Beginn der Leistungserbringung über den ordnungsgemäßen Eingang der Verordnung bei der Krankenkasse. Dann können Sie die verordneten und erbrachten Leistungen bis zum Eingang der Ablehnung erbringen und auch mit der Kasse abrechnen.

Geändert hat sich nun allein für die HKP-Leistungen, dass auch nach dem Ablauf der gem. § 13 Abs. 3 a SGB V geltenden Fristen von 3 Wochen bzw. 5 Wochen bei MDK-Beteiligung, noch eine ablehnende Entscheidung der Kasse bei Ihnen eingehen kann und die Leistung nicht – wie bisher – durch Fristablauf als abschließend genehmigt gilt.