

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege



Geschäftsstelle der Clearingstelle c/o
Diözesan-Caritasverband für das
Erzbistum Köln e.V.
Georgstraße 7
50676 Köln
Telefon: +49 (0)221 2010-332
Fax: +49 (0)221 2010-231

INFODIENST 21/2017

Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V
Auswirkung auf Verordnungen
der Häuslichen Krankenpflege (HKP)

Verfasser des Infodienstes:
Stefanie Hermanns
Köln, den 07.09.2017

Anmerkung: Dieser Info-Dienst ersetzt den Info-Dienst 1/2014

Seit gut vier Jahren gibt es die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V, die in der Praxis noch wenig Beachtung gefunden hat. In § 13 Abs. 3a SGB V heißt es:

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 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 unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. (...) Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.

Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 (...) nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. 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.

Diese Genehmigungsfiktion aus § 13 Abs. 3a SGB V hat auch Relevanz im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP). Sie besteht unabhängig von dem in der HKP-Richtlinie in § 6 Abs. 6 bzw. im SGB V-Rahmenvertrag in § 14 Abs. 5 verankerten Vertrauenstatbestand und geht sogar weit darüber hinaus. So schützt der Vertrauenstatbestand „nur“ den Zahlungsanspruch des Leistungserbringers in der Zwischenzeit, indem die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen übernimmt. Die neue Genehmigungsfiktion hingegen stärkt die Rechtsposition des antragstellenden Patienten für die gesamte Dauer der Verordnung, wenn die Ablehnungsfristen des § 13 Abs. 3 a S. 1 SGB V, mithin

Ihre Ansprechpartner der Clearingstelle in den Diözesen:

Caritasverband
für das Bistum
Aachen e.V.

Ferdinand Plum
Fon: +49 (0)241 431 201

Caritasverband
für das Bistum
Essen e.V.

Anika Kottmann
Fon: +49 (0)201 81028 113
Frank Krursel
Fon: +49 (0)201 81028 121

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum
Köln e.V.

Stefanie Hermanns
Fon: +49 (0)221 2010 332
Monika Jansen
Fon: +49 (0)221 2010 209

Caritasverband
für die Diözese
Münster e.V.

Carina Poneis
Fon: +49 (0)251 8901 248
Margarethe Köckemann
Fon: +49 (0)251 8901 282

Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Esther van Bebber
Fon: +49 (0)5251 209 274
Christoph Menz
Fon: +49 (0)5251 209 220

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege

drei bzw. fünf Wochen (bei Beteiligung des MDK), nicht eingehalten worden sind. Hier gilt dann die gesamte beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Der Versicherte erhält in diesen Fällen einen Erstattungsanspruch gegen seine Krankenkasse für die selbst beschafften Leistungen. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 8.03.2016 (B 1 KR 25/15 R) entschieden, dass bei § 13 Abs. 3a SGB V kraft Genehmigungsfiktion aber nicht nur ein Kostenerstattungsanspruch, sondern auch ein Sachleistungsanspruch besteht. Die Genehmigungsfiktion begründe – so das Gericht - zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch. Damit wird sicher- bzw. klargestellt, dass auch einkommensschwache Versicherte, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, in den Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V einbezogen sind. Die Sozialstation kann dann also bei Greifen der Genehmigungsfiktion auch direkt mit der Krankenkasse abrechnen.

Voraussetzung ist lediglich, dass die verordnete HKP-Leistung eine grundsätzlich von der Kasse innerhalb des GKV-Systems geschuldete Leistung ist, die dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht (vgl. LSG NRW, Beschluss v. 26.05.2014, Az. L 5 KR 154/14 B ER sowie L 5 KR 155/14 B ER). Dies dürfte aber zumindest bei allen Leistungen im Rahmen der HKP-Richtlinie unstrittig gegeben sein.

Die Genehmigungsfiktion im SGB V stärkt die Rechtsposition der Versicherten im Rahmen von verordneten Leistungen, sorgt aber zugleich auch für mehr Rechtssicherheit zugunsten der Leistungserbringer.

Eine Genehmigungsfiktion führt immer dazu, dass das Gesetz unterstellt, es wäre von der Behörde ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden, und zwar genau wie beantragt. Es wird damit also die wirksame Bekanntgabe einer Genehmigung unterstellt. Damit finden auf diese fingierte Genehmigung alle Vorschriften Anwendung, die bei ordnungsgemäßer Durchführung des Verwaltungsverfahrens Maßstab sind. Wenn die Krankenkasse im Nachgang die fingierte Genehmigung für rechtswidrig halten sollte, müsste sie eine Aufhebungsentscheidung nach verwaltungsverfahrenrechtlichen Vorschriften treffen, die allerdings nur unter sehr engen Voraussetzungen möglich wäre.

Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat mit Beschluss vom 25.04.2016, Az.: L 5 KR 121/16 B ER, festgestellt, dass es zur Fristwahrung seitens der Krankenkasse genüge, wenn die Entscheidung über die Leistung innerhalb der drei bzw. fünf Wochen intern (nachweislich) gefallen ist. Auf den Entscheidungszugang bei dem Versicherten komme es hingegen nicht an; dies könne auch erst nach Ablauf der Frist erfolgen ohne dass die Fiktion eintritt, so das LSG.

In der Praxis ist eine Genehmigungsfiktion vom Versicherten mangels Bescheid also vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung nicht automatisch mit Ablauf der drei bzw. fünf Wochen anzunehmen. Vielmehr ist der übliche Postlauf abzuwarten und/oder telefonisch zu klären und entsprechend zu vermerken, ob eine Entscheidung mittlerweile gefallen ist oder nicht.