

GKV–Spitzenverband¹, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V in der Fassung vom 18./19.03.2020

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben (GR) vom 26.09.2018 hatte ursprünglich das bisherige gemeinsame Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes zu der leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15.05.2013 abgelöst.

Die letzten Anpassungen des Rundschreibens waren aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich vom Bundessozialgericht (BSG) ergangener Urteile notwendig geworden. Ein Hauptaugenmerk lag hierbei insbesondere auf den Fristen zur Antragsbearbeitung, den Folgen der gesetzlichen Genehmigungsfiktion bei Fristüberschreitung und der Rücknahme der fingierten Genehmigung als Verwaltungsakt. Wesentliche Aussagen der bisher ergangenen Urteile des 1. und 3. Senats des BSG zum Eintritt der Genehmigungsfiktion wurden bisher bei den Neufassungen des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde gelegt.

Die Notwendigkeit der aktuellen Anpassung des GR ergab sich in erster Linie durch Urteile des 1. Senats des BSG vom 27.08.2019 zu folgenden wesentlichen Hauptstreitpunkten:

- Bearbeitungsfristen der Krankenkasse bei Wohnsitz der oder des Versicherten im Ausland (B 1 KR 36/18 R),
 - Mitwirkungspflichten der Versicherten (B 1 KR 1/19 R),
 - Erreichen der Altersgrenze bei künstlicher Befruchtung (B 1 KR 8/19 R) und
 - Übernahme der vollen Behandlungskosten für Zahnersatz in Härtefällen (B 1 KR 9/19 R)
- jeweils in Bezug auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.

Des Weiteren wird im GR der Begriff des „hinreichenden Grundes“ aufgrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie (COVID 19) weitläufiger definiert als bisher (siehe hierzu auch RS 2020/151 vom 10.03.2020).

Das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 sieht u. a. vor, dass die bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zukünftig als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinische Dienste (MD) und Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt werden. Die im GR aufgeführten Bezeichnungen behalten jedoch vorerst ihre Gültigkeit, da für die durch das MDK-Reformgesetz geregelte Organisationsreform ein Übergangszeitraum vorgesehen ist.

Bei zukünftigem Änderungsbedarf wird das GR auch weiterhin regelmäßig aktualisiert und die Änderungen werden in der entsprechenden Übersicht aufgeführt. In der Gesamtausgabe des GR wird unter „Stand“ auf das Datum der letzten Änderung bzw. Anpassung hingewiesen. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffene/n Passage/n der Änderung/en entnommen werden. Soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text

in der jeweiligen Ursprungsfassung. Die in diesem Rundschreiben aufgeführten Beispiele sind unabhängig von Jahreszahlen dargestellt, so dass kalenderjahresabhängige Änderungen nicht notwendig sind.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen, um so eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis zu gewährleisten.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden im Übrigen in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

Das gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 in der Fassung vom 18./19.03.2020 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 in der Fassung vom 18./19.06.2019 ab.

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungsübersicht	6
2. Gesetzliche Grundlagen	8
3. Allgemeines.....	9
4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V.....	10
4.1 Sozialleistungen	10
4.2 Keine Sozialleistungen	11
4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen.....	13
4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen.....	24
4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche	24
4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns.....	24
4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	25
4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf.....	25
4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	25
4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V	26
5. Leistungsberechtigte	27
6. Antrag	28
6.1 Formerfordernis	28
6.2 Sonstige Anforderungen.....	28
6.3 Hinreichend bestimmter Antrag.....	29
6.4 Zugang des Antrags	30
6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden.....	30
6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden.....	30
6.4.2.1 Brief.....	30
6.4.2.2 Telefax.....	31
6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung	31
6.4.2.4 Anrufbeantworter.....	32
7. Gutachtliche Stellungnahme.....	33
7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK	33
7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie	34
7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren	35
8. Leistungsentscheidung	36
8.1 Bevollmächtigte.....	36
8.2 Form	37

8.3	Bekanntgabe	37
8.3.1	Schriftlicher Verwaltungsakt	37
8.3.2	Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes	38
9.	Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V	39
9.1	Definition eines hinreichenden Grundes	39
9.2	Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes	39
9.3	Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes	40
9.4	Hinreichende Gründe	40
9.5	Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)	44
10.	Fristenberechnung	46
11.	Genehmigungsfiktion	49
12.	Folgen der Genehmigungsfiktion	51
12.1	Naturalleistungsanspruch	51
12.2	Kostenerstattung	52
12.2.1	Selbstbeschaffung	52
12.2.2	Selbstbeschaffung im Ausland	52
12.2.3	Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung	53
12.3	Kostenfreistellung	54
12.4	Kostenübernahme	54
13.	Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion	55
13.1	Aufhebung der fingierten Genehmigung	55
13.2	Erledigung auf andere Weise	56
14.	Inkrafttreten/Übergangsregelung	58

1. Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
26.09.2018	Neufassung
18./19.06.2019	Inhaltsverzeichnis und Fußnoten aktualisiert
	Vorwort ergänzt um neue BSG-Rechtsprechung und redaktionell überarbeitet
	Gesamtes Rundschreiben redaktionell überarbeitet
	Abschnitt 4.3, Nr. 20 – Arzneimittel [ergänzt]: Aussagen zu besonderer Versorgung und Mehrkosten oberhalb des Festbetrags in atypischen Fällen ergänzt
	Abschnitt 4.3, Nr. 22 – Hilfsmittel [ergänzt]: Leistungsrechtliche Aussagen zur Einordnung der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterscheidung des Fristenregimes nach dem SGB V und dem SGB IX eingearbeitet
	Abschnitt 6.3 – Hinreichend bestimmter Antrag [ergänzt]: Aussagen zur Wirkung der Genehmigungsfiktion bei vertragsärztlicher Folgeverordnung von Arzneimitteln mit Mehrkosten oberhalb Festbetrag aufgenommen
	Abschnitt 12.2.2 – Selbstbeschaffung im Ausland [neu]: Aussagen zur Selbstbeschaffung von fiktiv genehmigten Leistungen im Ausland eingefügt
18./19.03.2020	Vorwort redaktionell angepasst und aktuellste BSG-Rechtsprechung eingearbeitet; Auflistung bisheriger BSG-Urteile zum Zweck der Übersichtlichkeit entfernt
	Inhaltsverzeichnis aktualisiert
	Gesamten Text geschlechterspezifisch angepasst und redaktionell überarbeitet
	Abschnitt 8 – Leistungsentscheidung [ergänzt]: Begriff „Leistungsentscheidung“ i.S.v. § 13 Abs. 3a SGB V präzisiert
	Abschnitt 8.3.1 – Schriftlicher Verwaltungsakt [ergänzt]: Möglichkeit der Zustellung nach § 4 VwZG eingearbeitet
	Abschnitt 9 – Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V [ergänzt]: Wohnsitz im Ausland ist kein Fristverlängerungsgrund
	Abschnitt 9.4 und 9.5 – Hinreichende Gründe und Prognose [ergänzt]: Pandemie bzw. Epidemie als hinreichenden Grund aufgenommen
	Abschnitt 11 – Genehmigungsfiktion [ergänzt]:

Änderungsübersicht

	Begriff der subjektiven Erforderlichkeit weiter ausgeführt und Aussagen zu formalen und gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen ergänzt
	Abschnitt 13 - Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion [ergänzt]: Rückgriff auf die Regelungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) zur entsprechenden Anwendung auf Rücknahmen fingierter Genehmigungen nicht möglich

2. Gesetzliche Grundlagen

§ 13 SGB V – Kostenerstattung

(1) bis (3) ...

(3a) 1Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. 2Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. 3Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von 3 Wochen gutachtlich Stellung. 4Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1 c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von 4 Wochen Stellung. 5Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. 6Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. 7Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. 8Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kosten-erstattungen vorgenommen wurden. 9Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) bis (6) ...

3. Allgemeines

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungs-/Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Damit wird die in § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I normierte allgemeine Pflicht der Leistungsträger konkretisiert, darauf hinzuwirken, dass alle Berechtigten die ihnen zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalten.

Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Krankenkasse gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Die Versicherten können sich dann eine aus ihrer subjektiven Sicht erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Eine Inanspruchnahme als Naturalleistung ist auch möglich, wenn Versicherte sich die Leistung nicht erst auf eigene Kosten selbst beschaffen können oder möchten. Bei der Vorschrift handelt es sich folglich um eine Regelung, die eine Sanktionsmöglichkeit der Versicherten gegen die Krankenkassen darstellt, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen erwogenen Zeitraum über den Leistungsantrag entscheiden oder die Versicherten nicht, nicht rechtzeitig oder unzureichend über die Hinderungsgründe der Leistungsentscheidung informiert haben.

Sozialleistungen, die nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst werden, sind nach der sich aus der allgemeinen Vorschrift des § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I ergebenden Pflicht in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig zu gewähren.

4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V bezieht sich grundsätzlich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wobei es sich dem Grunde nach nur um Sozialleistungen handeln kann. Hiervon können sowohl Gesetzes- als auch Satzungsleistungen erfasst sein. Unerheblich ist ebenfalls, ob es sich um Rechtsanspruchsleistungen (vgl. § 38 SGB I) oder Ermessensleistungen (vgl. § 39 SGB I) handelt.

Der Anwendungsbereich dieser Norm umfasst allerdings im Falle der Genehmigungsfiktion auch die Leistungen, die die Leistungsberechtigten aus subjektiver Sicht für medizinisch erforderlich halten dürfen und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegen. Hierbei muss es sich nicht zwingend um Sozialleistungen handeln.

Daher ist es notwendig, dass die Krankenkassen ihre Prozesse so gestalten, dass grundsätzlich alle Anträge auf Leistungen ihrer Versicherten frühzeitig bearbeitet werden können, um Sanktionen in Form der Genehmigungsfiktion zu vermeiden.

4.1 Sozialleistungen

Gemäß § 37 Satz 1 und 2 SGB I ist der Begriff der Sozialleistung auch für die anderen Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs verbindlich in § 11 SGB I definiert, so dass die Definition neben dem SGB I somit u. a. auch für das SGB V gilt.

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Sozialleistungen (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). § 4 Abs. 2 SGB I sieht als soziales Recht vor, dass gesetzlich Krankenversicherte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit und Mutterschaft haben, wobei gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB I Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden können, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind. Die Definition des Begriffs „Sozialleistungen“ umfasst somit alle Vorteile, die nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs zur Verwirklichung sozialer Rechte Einzelnen zugutekommen sollen, also eine vorteilhafte Rechtsposition begründen. Die §§ 21, 21b und (teilweise) § 29 SGB I weisen die von der GKV zu erbringenden Leistungen aus, wobei die Aufzählung nicht als abschließend anzusehen ist. Vielmehr beschränkt sich die Darstellung auf die wichtigen Sozialleistungen der einzelnen Bereiche, um den mit ihr verfolgten Zweck zu erreichen.

Sozialleistungen bestehen nach § 11 Satz 1 SGB I aus Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Die Vorschrift stellt klar, wie die u. a. in § 4 SGB I formulierten sozialen Rechte sich für die Einzelnen

verwirklichen. Geldleistungen realisieren sich in der Zahlung eines Geldbetrages, bei Sachleistungen erhalten die Empfangenden Sachen zur Verfügung gestellt und Dienstleistungen sind alle Formen persönlicher Betreuung und Hilfe. Die Abgrenzung zwischen Dienst- und Sachleistungen kann im Einzelfall problematisch sein, wenn fraglich ist, ob der Schwerpunkt der Sozialleistung darin besteht, dass den Empfangenden Sachen oder Dienste zur Verfügung gestellt werden. Der Begriff der Dienstleistung ist umfassend. Die Zuordnung der einzelnen Sozialleistungen nach § 11 SGB I richtet sich somit nach der Form, in der die Leistung erbracht wird. Für die GKV ist im Ersten Kapitel unter Allgemeine Vorschriften in § 2 Abs. 2 Satz 1 und 3 SGB V vorgesehen, dass die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten, soweit das SGB V oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsehen, wobei die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Damit gilt für den Bereich der GKV grundsätzlich das Naturalleistungsprinzip. Hiervon abweichend ist im SGB V jedoch auch die Erbringung von Geldleistungen vorgesehen.

4.2 Keine Sozialleistungen

Leistungen, die keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I sind, sind von vornherein nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Hierbei handelt es sich u. a. um folgende Fallgestaltungen:

- Keine Sozialleistung im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I stellt die **Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V** dar, da die Krankenkassen die Träger der Unfallversicherung und somit einen anderen Leistungsträger und nicht die einzelnen Versicherten unterstützen. Die in § 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehene **Meldung an die für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und den Unfallversicherungsträger** bei Annahme, dass bei Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, weist zwar einen individuellen Versichertenbezug aus, begründet jedoch keine vorteilhafte Rechtsposition durch die Krankenkasse, da für die Leistungsgewährung der jeweilige Träger der Unfallversicherung zuständig ist.
- Bei der **Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V** handelt es sich ebenfalls nicht um eine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da die finanzielle Förderung den Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen gewährt wird und nicht gegenüber einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände u. a. an der Gesamtzahl ihrer Versicherten orientieren und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug sind (vgl. § 20h Abs. 3 Satz 1 SGB V).
- Dies gilt gleichermaßen für die **Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V**. Auch diese Leistung ist auf die finanzielle Förderung einer Struktur ehrenamtlicher

Hilfen ausgerichtet und wird nicht gegenüber einzelnen (betroffenen) Versicherten gewährt. Die Leistung wird von den Krankenkassen gemeinschaftlich anhand der jeweiligen Versichertenanteile finanziert.

- Bei der **Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach § 62 SGB V** handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch und somit um die Rückgängigmachung einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung. Demgemäß handelt es sich nicht um eine den Einzelnen zur Verwirklichung ihrer sozialen Rechte nach den Vorschriften des SGB gewährte Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, so dass § 13 Abs. 3a SGB V nicht – auch nicht in analoger Anwendung – greift. Dies gilt gleichermaßen auch für die **anderweitige Erstattung von Zuzahlungen** an Versicherte, z. B. bei zu Unrecht gezahlter Zuzahlung zur vollstationären Krankenhausbehandlung über den 28. Tag im Kalenderjahr hinaus.
- **Leistungen bei Beschäftigung im Ausland nach § 17 Abs. 1 SGB V** erhalten die Mitglieder und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen nicht von der Krankenkasse, sondern von den Arbeitgebenden der im Ausland beschäftigten Mitglieder, so dass nicht die Krankenkasse, sondern die Arbeitgebenden leistungspflichtig sind. Die Erstattung der den Arbeitgebenden hierdurch entstandenen Kosten durch die Krankenkasse gemäß § 17 Abs. 2 bzw. 3 SGB V ist nicht als Sozialleistung einzuordnen, sondern verfügt über den Charakter eines Erstattungsanspruchs des (vor-) leistungspflichtigen Trägers (Arbeitgebende) gegenüber der (insoweit) letztlich zuständigen Krankenkasse. Dies gilt auch, wenn die Arbeitgebenden ihre Erstattungsansprüche an den Versicherten wirksam – also mit Zustimmung der Krankenkasse – abgetreten haben und Versicherte anstelle der Arbeitgebenden die Erstattung der selbstgetragenen Kosten gegenüber der Krankenkasse begehrt, da sich die Rechtsnatur der Forderung (Erstattungsanspruch) nicht ändert und die Versicherten insoweit „lediglich“ an die Stelle der Arbeitgebenden treten.

Bei Verweigerung einer Leistungsgewährung durch die Arbeitgebenden wandelt sich der Sachleistungsanspruch der Versicherten allerdings in einen (systemversagensbezogenen) Kostenerstattungsanspruch um, der durch die Versicherten auch unmittelbar gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden kann. In diesen Fällen handelt es sich um die Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen.

Auch in Fällen einer unmittelbaren Inanspruchnahme der Krankenkasse durch die Versicherten ohne Abtretungserklärung der Arbeitgebenden und diesbezügliche Zustimmung der Krankenkasse ist – obwohl höchstrichterlich bislang noch nicht eindeutig entschieden – anzunehmen, dass die Krankenkasse insoweit an die Stelle der Arbeitgebenden tritt und es sich somit um die Realisierung von Sozialleistungsansprüchen handelt. Gleichwohl

greift in beiden Fällen nicht die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (siehe hierzu Abschnitt 4.3.).

- **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten **nach § 65a Abs. 2 SGB V an Arbeitgebende** sind keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I, da es sich nicht um Zahlungen an Versicherte handelt.
- Die **finanzielle Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V durch den GKV-Spitzenverband** ist ebenfalls keine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da sie nicht gegenüber einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die von den Krankenkassen aufzubringende Umlage an der Gesamtzahl ihrer Mitglieder auf Basis der KM6-Statistik bestimmt und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug ist (vgl. § 65b Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V).

4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen

§ 13 Abs. 1 SGB V regelt allgemein, dass die Erstattung von Kosten – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip – nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 SGB V) erfolgen darf, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen. Hierauf aufbauend stellt die Kostenerstattungsregelung nach § 13 Abs. 3a SGB V die Spezialvorschrift dar, wobei der Anwendungsbereich bereits aufgrund der Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Sach- oder Dienstleistungen beschränkt ist.

Allerdings muss § 13 Abs. 3a SGB V grundsätzlich auch für Leistungen zur Anwendung gelangen,

1. die dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistungen vorgesehen sind,
 - a. für die jedoch – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip gemäß § 13 Abs. 1 SGB V – ein Anspruch auf Erstattung von Kosten bestehen kann – sachleistungsersetzende Kostenerstattung (z. B. selbstbeschaffte Ersatzkraft bei Haushaltshilfe nach § 38 SGB V) oder
 - b. die den Leistungsberechtigten auf Antrag im Rahmen eines Persönlichen Budgets in Geld nach § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX (siehe jedoch nachfolgende Ausführungen unter Nr. 33 und Abschnitt 4.4.5 zur Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget), bzw.
2. die den Leistungsberechtigten in Form eines Zuschusses mit dem Ziel der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gewährt werden (z. B. Festzuschuss für eine Zahnersatzversorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V).

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Hierbei handelt es sich zwar um Geldleistungen. Nach der gesetzlichen Intention (Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens) ist § 13 Abs. 3a SGB V jedoch so auszulegen, dass die Vorschrift grundsätzlich auch in diesen Fällen zu gelten hat und die eingrenzende Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V insoweit durchbrochen wird.

§ 13 Abs. 3a SGB V kann nur bei Leistungen greifen, die vor ihrer Durchführung einer Genehmigung durch die Krankenkasse unterliegen bzw. der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Die ggf. bestehende vorherige Genehmigungspflicht von Leistungen wird durch die Kostenerstattungsregelungen nicht berührt oder sogar noch ausdrücklich gesetzlich normiert (vgl. § 13 Abs. 2 Satz 5 oder § 13 Abs. 5 SGB V).

Fälle, in denen sich Versicherte die – dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistung vorgesehene – Leistung selbst beschaffen und nunmehr eine Erstattung der Kosten beantragen, sind jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit § 13 Abs. 3a SGB V die Beschleunigung der Leistungsentscheidung bzw. die zeitnahe –inanspruchnahme bewirkt werden. Als Sanktion ist die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der erforderlichen Leistung und Erstattung der dadurch entstandenen Kosten oder die Inanspruchnahme als Naturalleistung vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungs-inanspruchnahme jedoch bereits erfolgt, so dass die Leistung gerade nicht mehr selbst beschafft werden muss. Dies gilt gleichermaßen für den Fall, dass die Arbeitgebenden die Leistungsgewährung nach § 17 Abs. 1 SGB V verweigern oder die Versicherten unmittelbar – also ohne vorherige Einschaltung der Arbeitgebenden – die Erstattung der entstandenen Kosten aufgrund selbstbeschaffter Sozialleistungen gegenüber der Krankenkasse beantragen.

Von § 13 Abs. 3a SGB V sind erfasst:

1. Leistungen, die der Genehmigungspflicht unterliegen und von Versicherten, die **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V** gewählt haben, beantragt werden (z. B. künstliche Befruchtung, Zahnersatz),
2. **Inanspruchnahme von Leistungen** durch nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer aufgrund medizinischer oder sozialer Gründe bei Gewährleistung einer zumindest gleichwertigen Versorgung **nach § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V**,
3. **Außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**, soweit die Leistung nicht unaufschiebbar ist (vgl. § 13 Abs. 3 SGB V),

4. **Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz** im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V, die nach deutschen Vorgaben der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen (z. B. Künstliche Befruchtung, Zahnersatzversorgung),
5. **Behandlung in einem anderen EU-/EWR-Staat** nach § 13 Abs. 4 Satz 6 und Abs. 6 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 SGB V,
6. **Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz** nach § 13 Abs. 5 SGB V,
7. Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der **Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V**, die der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen,
8. **Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR** nach § 18 Abs. 1 und 2 i. V. m. § 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V,
9. Einholung der Zustimmung zur **Kostenübernahme nach § 18 Abs. 3 SGB V**,
10. **Medizinische Vorsorgeleistungen** nach § 23 SGB V,
11. **Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V,
12. **Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation** nach § 24b SGB V als **Krankenhausbehandlung**,

Anmerkung:

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung des stationären Schwangerschaftsabbruchs bzw. der stationären Sterilisation vor Beginn der Krankenhausbehandlung (siehe Anmerkung zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V).

Für die nach § 24b Abs. 3 und 4 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgenommenen Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch kann ggf. ein Anspruch nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen) bestehen, der jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist (siehe Abschnitt 4.4.6).

13. **Künstliche Befruchtung** nach § 27a SGB V,

14. **Humangenetische Leistungen** im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V,

Anmerkung:

Leistungen der ärztlichen Behandlung unterliegen in der Regel keiner Genehmigungspflicht und werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V umfasst. Eine Ausnahme hiervon bilden die vom Bewertungsausschuss zur Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen eingeführten Gebührenordnungspositionen 11449 (monogene Erkrankungen), 11514 (syndromale oder seltene Erkrankungen) und 19425 (krankheitsrelevante oder krankheitsauslösende somatische genomische Mutation) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die nur berechnungsfähig sind, sofern eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt.

15. **Psychotherapie** nach § 28 Abs. 3 SGB V,

Ausnahme:

Probatorische Sitzungen (§ 12 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie], § 14 Abs. 2 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) sowie andere Leistungen (z. B. EBM-GOP 35100 Diagnostik, EBM-GOP 35110 Intervention), auch wenn sie während einer laufenden Psychotherapie anfallen, sind gegebenenfalls über die elektronische Gesundheitskarte oder den Abrechnungs- bzw. Überweisungsschein abzurechnen (vgl. § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä bzw. EKV). Nicht erfasst von § 13 Abs. 3a SGB V sind auch die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie, § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie, § 15 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä).

16. **Implantologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V,

17. **Parodontologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

- a. Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen (vgl. Abschnitt 5.2.1 der Anlage 1 und § 1 Abs. 2 der Anlage 5 BMV-Z).
- b. Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu

übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt (vgl. § 1 Abs. 3 der Anlage 5 BMV-Z).

18. **Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen (vgl. Abschnitt 3.1, 3.1.1 und 3.1.2 der Anlage 1 BMV-Z).

19. **Kieferorthopädische Behandlung** nach § 29 SGB V (einschließlich Anträge auf Therapieänderung und Verlängerung sowie kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich zahntechnischer Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen),

Ausnahme:

Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies den Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme dieser Mitteilung ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten (vgl. § 2 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Dieser Sachverhalt ist nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da die Zahnärztin oder der Zahnarzt bereits vor Einschaltung der Krankenkasse entschieden hat, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht. Die Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ist lediglich als Information zu werten und stellt keinen Antrag der Versicherten zur Überprüfung der Entscheidung der Zahnärztin oder des Zahnarztes dar. Auch die evtl. Einleitung eines Gutachtens durch die Krankenkasse ändert hieran nichts. Etwas Anderes gilt nur, wenn die Versicherten – nach der Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes – nochmal ausdrücklich einen Antrag auf die begehrte kieferorthopädische Behandlung bei der Krankenkasse stellt.

20. **Arzneimittel** nach § 31 SGB V,

Anmerkung:

Bei Vorliegen eines Leistungsanspruchs der Versicherten unterliegt die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel in der Regel keiner Genehmigungspflicht (§ 29 BMV-Ä) und fällt nicht unter das Regime des § 13 Abs. 3a SGB V. Dies gilt nicht bei der Verordnung von

Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes (Off-Label-Use) sowie bei Importarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG). Hier kann die Krankenkasse im Vorfeld eingeschaltet werden bzw. ist aufgrund entsprechender vertraglicher Verpflichtungen im Vorfeld einzuschalten. In diesen Fällen ist § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine Besonderheit besteht auch bei der Verordnung von Festbetragsarzneimitteln. Hier können Versicherte bei Vorliegen eines atypischen Ausnahmefalls, in dem aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag nicht möglich ist, die Übernahme der Mehrkosten oberhalb des Festbetrags bei ihrer Krankenkasse beantragen. Ein derartiger Fall kann vorliegen, wenn die festbetragsgebundenen Arzneimittel objektiv festgestellte unerwünschte Nebenwirkungen im Sinne einer wesentlichen Bedingung verursachen, die die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. In diesen Fällen ist ebenfalls § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine weitere Besonderheit gibt es bei der Verordnung von Cannabis nach § 31 Abs. 6 SGB V. Hier hat die Krankenkasse bei der ersten Verordnung vor Beginn der Leistung eine Genehmigung unter Beachtung des § 13 Abs. 3a SGB V zu erteilen. Wird die Leistung jedoch im Rahmen der Versorgung nach § 37b SGB V (SAPV) verordnet, ist abweichend von der Fristenregelung des § 13 Abs. 3a SGB V über den Antrag innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Dies gilt auch bei einer vertragsärztlichen Verordnung im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und erstreckt sich auch auf Verordnungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V ausgestellt werden. Weitere Verordnungen zur Anpassung der Dosierung von Cannabis oder, um zwischen getrockneten Cannabisblüten oder zwischen Cannabisextrakten in standardisierter Qualität zu wechseln, bedürfen keiner erneuten Genehmigung. Im Weiteren ist auch hier § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

21. **Heilmittel** nach § 32 SGB V,

Ausnahme:

- a. Bei der Heilmittelversorgung bedürfen die **Verordnungen innerhalb des** im Heilmittelkatalog definierten **Regelfalls** keiner Genehmigung. Derartige Leistungen können Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.
- b. **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** sind der zuständigen Krankenkasse ebenfalls nicht zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese **auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet** hat. Der Verzicht auf ein Genehmigungsverfahren hat die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 1 und 3 der Heilmittel-Richtlinie),

die Leistung kann direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch genommen werden.

Anmerkung:

Wird bei **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** ein **Genehmigungsverfahren durchgeführt**, hat die Krankenkasse nach Vorlage der Verordnung die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag zunächst zu übernehmen, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 2 der Heilmittel-Richtlinie). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.

22. **Hilfsmittel** nach § 24e bzw. § 33 SGB V,

Ausnahme:

Zu bestimmten Produkten (z. B. Bandagen, Kompressionsstrümpfe) bestehen Genehmigungsfreigrenzen; das heißt, die Krankenkassen verzichten gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen auf eine vorherige Leistungsbewilligung.

Anmerkung:

Es kann vertraglich vereinbart sein, dass Hilfsmittel trotz bestehender vorheriger Genehmigungspflicht vorab geliefert werden dürfen. In diesen Fällen nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen somit bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den vertraglichen Regelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V findet grds. bei der Versorgung mit Hilfsmitteln Anwendung, die zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V bestimmt sind. Eine Hilfsmittelversorgung, die dem Behinderungsausgleich oder der

Vorbeugung einer drohenden Behinderung dient, fällt unter das Fristenregime nach dem SGB IX. In diesem Zusammenhang wird auf das GR zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vom 18.06.2001 in der Fassung vom 01.04.2019 verwiesen.

23. **Häusliche Pflege** nach § 24g SGB V bzw. **Häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V,

Anmerkung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

24. **Soziotherapie** nach § 37a SGB V,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 9 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

25. **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach § 37b SGB V,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 8 Satz 1 der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie). Somit nehmen Leistungsrechte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

26. **Haushaltshilfe** nach § 24h bzw. § 38 SGB V,

27. **Entbindung** nach § 24f SGB V bzw. **Krankenhausbehandlung** nach § 39 SGB V,

Anmerkung:

Die Entscheidungsabläufe bei der Inanspruchnahme zur Krankenhausbehandlung sind unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragen Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 i. V. m. Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihnen gegenüber durch Verwaltungsakt. Werden sie dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine – ggf. befristete – Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist.

Für eine Entbindung nach § 24f SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen. Die Versicherte hat ein Wahlrecht bezüglich des Entbindungsortes und benötigt hierfür grundsätzlich keine Kostenzusage ihrer Krankenkasse. Beantragt sie dennoch im Vorfeld die Kostenübernahme für eine Entbindung, so entscheidet auch in diesem Fall die Krankenkasse über den Antrag und erlässt gegenüber der Versicherten einen Verwaltungsakt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die versichertenseitige Beantragung der Krankenhausbehandlung oder der Entbindung vor deren jeweiligem Beginn. In den übrigen Fällen nehmen Versicherte die Krankenhausbehandlung oder Entbindung bereits in Anspruch, so dass die Notwendigkeit für eine Selbstbeschaffung nicht mehr besteht. Demgemäß sind Überprüfungen im Rahmen des § 275 Abs. 1c SGB V ebenfalls nicht erfasst.

28. **Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen** an Versicherte nach § 39a Abs. 1 SGB V,

29. **Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** gemäß § 39c SGB V,

30. **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation** nach § 43 SGB V,

Ausnahme:

Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind die in § 43 SGB V in Bezug genommenen Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 sowie § 73 und § 74 SGB IX (siehe Abschnitt 4.4.5).

31. **Zahnersatz** nach § 55 SGB V,

Ausnahme:

- a. Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 – 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind nicht bewilligungsbedürftig (vgl. Abschnitt 5. und 7.c) der Anlage 2 zum BMV-Z sowie § 1 Abs. 2 der Anlage 6 des BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- b. Nicht bewilligungsbedürftig ist auch der sich während der Zahnersatzversorgung ergebende notwendige Stiftaufbau nach den Befunden 1.4 und 1.5 der Festzuschuss-Richtlinie (vgl. § 1 Abs. 2 der Anlage 6 BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- c. Hinweise der Versicherten auf eine mangelhafte Zahnersatzversorgung, die die Krankenkasse zur Einholung eines Mängelgutachtens veranlasst, sind nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da es sich hierbei zum einen nicht um einen Leistungsantrag der Versicherten handelt und es zum anderen um die Prüfung einer bereits gewährten Leistung geht. Aufgrund einer mangelhaften Zahnersatzversorgung erfolgte Anträge der Leistungsberechtigten auf eine Neuversorgung – ggf. auch innerhalb der Gewährleistungsfrist nach § 137 Abs. 4 SGB V – sind hingegen von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst.

32. **Fahrkosten** nach § 60 SGB V, soweit eine vorherige Genehmigungspflicht besteht,

Ausnahme:

Fälle, in denen Versicherte – ggf. nach vorheriger Genehmigung – eine Erstattung der entstandenen Kosten für Fahrten beantragen, die mit dem öffentlichen Verkehrsmittel, dem PKW oder Taxi durchgeführt wurden, sind ebenfalls nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind des Weiteren die Fahr- und Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V (siehe Abschnitt 4.4.5.).

33. Leistungen im Rahmen eines **Persönlichen Budgets** (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX).

Anmerkung:

Auf beantragte Leistungen im Rahmen eines trägerspezifischen persönlichen Budgets sowie auf beantragte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets ist § 13 Abs. 3a SGB V anwendbar, soweit es sich nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Zur Anwendbarkeit der §§ 14 bis 24 SGB IX in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und trägerübergreifende persönliche Budgets siehe Abschnitt 4.4.5. Wird die Einbindung einer Leistung zur Krankenbehandlung in ein trägerübergreifendes persönliches Budget beantragt, so findet auf diese beantragte Leistung § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung.

Darüber hinaus besteht zu bestimmten Leistungen zwar keine ausdrückliche Genehmigungspflicht. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass **Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse stellen (z. B. Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V)**. Auch in solchen Fällen gilt § 13 Abs. 3a SGB V.

4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen

4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche

§ 13 Abs. 3a SGB V gilt für solche Geldleistungen nicht, die eine finanzielle Absicherung bewirken oder die auf die Zahlung oder Erstattung eines Geldbetrages ohne Sicherstellung der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gerichtet sind. Hätte § 13 Abs. 3a SGB V generell auch für Geldleistungen nach dem SGB V gelten sollen, hätte es gerade vor dem Hintergrund des in § 13 Abs. 1 SGB V verankerten Grundsatzes (Erstattung von Kosten nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen) eines klaren Hinweises in der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 3a SGB V bedurft. Da die Gesetzesmaterialien hierzu jedoch keine Aussagen treffen, kann sich daraus letztlich nur die Konsequenz ableiten lassen, dass Geldleistungen grundsätzlich nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sein sollen.

Diese Auffassung wurde mittlerweile durch das BSG bestätigt. Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V findet danach keine Anwendung bei allen Leistungsansprüchen, die unmittelbar auf eine Geldleistung ausgerichtet sind (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Dazu gehören

- bei **stationärer Behandlung der Versicherten die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 11 Abs. 3 SGB V bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson der Versicherten,
- **Anträge auf Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V (zur Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a SGB V auf Genehmigungsverfahren im Rahmen der Kostenerstattung siehe Abschnitt 4.3),
- **Mutterschaftsgeld** nach § 24i SGB V,
- bei **Dialyse die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 43 SGB V,
- **Krankengeld** nach den §§ 44, 44a und 47b SGB V,
- **Krankengeld bei Erkrankung des Kindes** nach § 45 SGB V,
- die **Wahltarif-Prämienzahlungen durch die Krankenkasse** nach § 53 SGB V,
- das **Wahltarif-Krankengeld** nach § 53 Abs. 6 SGB V,
- die **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten nach **§ 65a SGB V**,
- **Prämienzahlungen** nach § 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns

Weiterhin können Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung im Rahmen eigenen Verwaltungshandelns selbst erbringt, nicht unter die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V fallen. Hierzu zählen

- die **Hospiz- und Palliativberatung** gemäß § 39b SGB V,
- nach § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V der **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung beim Krankengeld**,

- die **Befreiung von den Zuzahlungen und die Ausstellung eines Befreiungsausweises** nach § 62 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V,
- die Ausstellung der **elektronischen Gesundheitskarte** nach § 291 Abs. 1 SGB V,
- **evtl. Sachleistungen**, die die Krankenkasse selbst für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V gewährt, sowie
- die **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern** nach § 66 SGB V.

4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ebenfalls von der Krankenkasse zu erbringen sind **Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben** nach § 20b SGB V. Zwar können die in diesem Zusammenhang anfallenden Aufgaben auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) wahrgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Beauftragten der Aufgabenwahrnehmung zugestimmt haben (vgl. § 20b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Erfolgt die Zustimmung, wird die Leistung durch die Beauftragten erbracht und es bedarf keiner Selbstbeschaffung. Erfolgt keine Zustimmung durch die Beauftragten, ist die Leistung durch die Krankenkasse selbst zu erbringen.

4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf

Zudem regelt § 32 Abs. 1a SGB V zum **langfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf**, dass die Genehmigung eines entsprechenden Antrages als erteilt gilt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 4 Wochen eine Entscheidung herbeiführt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellenden erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. Die Regelung gilt als Spezialregelung und geht § 13 Abs. 3a SGB V vor.

4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V sieht vor, dass für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen sowie die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen (insbesondere gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) gelten (s. a. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Hierzu gehören unter anderem:

- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V,
- die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V,
- die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 44 SGB IX,
- die Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V i. V. m. § 42 SGB IX,
- die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 46 SGB IX

(zur Hilfsmittelversorgung siehe Abschnitt. 4.3, Nr. 22).

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Dies gilt auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die als Persönliches Budget beantragt werden. Ebenfalls gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX für Leistungen, die im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ausgeführt werden sollen, sowie für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 SGB IX i. V. m. § 73 und § 74 SGB IX und Fahr- und andere Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V.

4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V

Ferner kann § 13 Abs. 3a SGB V aufgrund seiner Einordnung ins SGB V und mangelnder Verweisungsvorschriften nur für Leistungen gelten, die ihre Rechtsgrundlage im SGB V haben (vgl. § 31 SGB I). Die Vorschrift entfaltet somit z. B. keine Rechtswirkung bei der Hilfe für Frauen bei **Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen** nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, der nach § 68 Nr. 17 SGB I als besonderer Teil des Sozialgesetzbuches gilt.

Da das Recht der Leistungsberechtigten, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, bzw. im Verwaltungsverfahren Gebärdensprache und andere Kommunikationshilfen zu verwenden, als Nebenleistung zu der Hauptleistung nach dem SGB V besteht, dürfte die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V auf entsprechende Leistungsanträge zur Anwendung kommen, obwohl die Anspruchsgrundlagen sich nach § 17 Abs. 2 SGB I bzw. § 19 Abs. 1 SGB X richten.

5. Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigter ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse (vgl. BSG u. a. vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R), sowie die in § 264 Abs. 2 SGB V genannten Personen.

6. Antrag

Für die Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V bedarf es zunächst eines Leistungsantrags der Versicherten an ihre Krankenkasse (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Soweit das SGB V eine Leistungsgewährung auch ohne vorherige Antragstellung zulässt (vgl. § 19 Satz 1 SGB IV), wie z. B. im Falle der allgemeinen vertragsärztlichen Behandlung oder im Falle der konservierend-chirurgischen Leistung bei der zahnärztlichen Behandlung, die durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte in Anspruch genommen werden können, findet die Regelung keine Anwendung.

Als Anträge im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V sind empfangsbedürftige Willenserklärungen zu werten, die auf den Beginn, die Fortsetzung oder Änderung bzw. Ergänzung einer Leistung, Versorgung bzw. Therapie gerichtet sind.

Versichertenseitige Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, sich gemäß § 14 SGB I zunächst über Rechte und Pflichten nach dem SGB V (z. B. über bestimmte Leistungen und ggf. zu erfüllende Voraussetzungen) von der Krankenkasse beraten zu lassen, sind nicht als Antrag zu werten. Allerdings kann sich aus einer Beratung ergeben, dass die Leistungsberechtigten einen Antrag stellen.

Die Regelung des § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I, wonach in Fällen, in denen die Sozialleistung von einem Antrag abhängig ist, ein Antrag auch zu dem Zeitpunkt als gestellt gilt, in dem er bei einer unzuständigen Stelle eingegangen ist, findet in Bezug auf den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V keine Anwendung, da es im Rahmen dieser Vorschrift um den Eingang des Antrags bei der zuständigen Krankenkasse und deren Fristenregime geht.

6.1 Formerfordernis

Die Antragstellung ist nicht an eine bestimmte Form gebunden (vgl. § 9 SGB X). Wirksame Leistungsanträge können nicht nur schriftlich, sondern z. B. auch mündlich, zur Niederschrift oder per einfacher E-Mail ohne Signatur gestellt werden. Die Wirksamkeit des Antrags hängt auch nicht davon ab, dass dieser unter Verwendung eines bestimmten Antragsformulars gestellt worden ist, sofern nur das (Leistungs-) Begehren unmissverständlich zum Ausdruck kommt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden (vgl. § 16 Abs. 3 SGB I).

6.2 Sonstige Anforderungen

Allgemein erfordert eine wirksame Antragstellung, dass die entsprechende Willenserklärung mit Willen der Antragstellenden von ihnen selbst oder für sie abgegeben wurde. Ein einfacher, erkennbar ohne Einbeziehung der Versicherten gestellter Kostenübernahmeantrag von Leistungserbringenden genügt nicht. Ein Antrag bedarf aber weder zwingend einer Unterschrift noch einer

Antrag

beigefügten Einverständniserklärung der Versicherten. So ist z. B. die Vorlage einer Verordnung medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach Muster 64 als Antrag zu werten.

In der Regel sind die Leistungsberechtigten antragsbefugt. Dies können auch Minderjährige sein (vgl. § 36 SGB I). Im Übrigen kann ein Antrag auch in Vertretung der Versicherten von hierzu Bevollmächtigten gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 1 SGB X). Die Bevollmächtigten haben auf Verlangen ihre Vollmacht schriftlich nachzuweisen (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X). Als Bevollmächtigter der Versicherten können auch Leistungserbringende handeln.

6.3 Hinreichend bestimmter Antrag

Ein im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V fiktionsfähiger Antrag ist Voraussetzung dafür, dass eine Leistung als genehmigt gelten kann (Satz 6). Diese Fiktion greift nur dann, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass auch die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung selbst im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist.

Diese Anforderung ist bereits dann erfüllt, wenn sich der Antrag auf eine aus subjektiver Sicht der Versicherten medizinisch erforderliche Leistung bezieht, ohne dass es einer weiteren Einschränkung etwa hinsichtlich einer bestimmten Methode, der Art der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) oder eines bestimmten Leistungserbringers bedarf. Es genügt, dass das Behandlungsziel klar ist (vgl. BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R).

Das BSG hat sich mit Urteilen vom 26.02.2019, B 1 KR 23/18 R (Rn. 18 – 20) und B 1 KR 24/18 R (Rn. 17 – 19) in zwei Fällen, in denen es um die Kostenerstattung bzw. -übernahme von Arzneimitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ohne Begrenzung auf den Festbetrag ging, mit der Frage beschäftigt, ob eine dauerhafte, auf vertragsärztliche Verordnungen gestützte Versorgung mit Arzneimitteln einen zeitlich nicht begrenzten Versorgungsanspruch umfasst, sodass der Antrag insoweit nicht hinreichend bestimmt wäre. Nach den Feststellungen des BSG ist auch ein solcher Antrag hinreichend bestimmt, sodass die eingetretene Genehmigungsfiktion auch für Folgeverordnungen des Arzneimittels Wirkung entfaltet. Das BSG begründet dies damit, dass der Anspruch des Leistungsberechtigten auf künftige Versorgung mit einem vertragsärztlich verordneten Arzneimittel ohne Festbetragsbeschränkung kraft Fiktion der Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht von vornherein zeitlich unbegrenzt sei. Vielmehr begrenze u. a. das Erfordernis der vertragsärztlichen Verordnung den weiteren Anspruch. Dies ermögliche dem Vertragsarzt, das Arzneimittel bei gleichbleibender Erforderlichkeit zu verordnen, ohne dass er einen Regress befürchten muss. Es sei zugleich inhaltlich dafür offen, dass der Arzt eine weitere Verordnung verweigert, wenn z. B. die Indikation fehlt oder eine Verordnung eines neu zugelassenen kostengünstigeren Festbetragsarzneimittels in Betracht kommt, welches der Versicherte zumutbar für das gleiche Therapieziel erhalten kann.

6.4 Zugang des Antrags

Ein Antrag im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V wird entsprechend § 130 Abs. 1 Satz 1 BGB rechtswirksam, wenn er bei der Krankenkasse eingeht (Zugang des Antrags). Dabei tragen die Antragstellenden das Risiko der Übermittlung (z. B. auf dem Postweg) und damit des Zugangs.

Die Krankenkasse als Empfängerin der Willenserklärung trägt das Risiko für die Gefahren, die in ihrem Organisations- und Machtbereich liegen, wenn z. B. der Leistungsantrag am Empfang im Eingangsbereich abgegeben, aber von dort nicht zur Bearbeitung weitergeleitet wird (Verzögerungsrisiko).

Eine wesentliche Bedeutung kommt dem Zeitpunkt des Zugangs des Leistungsantrags zu, da dieser den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V bestimmt und somit den Ausgangspunkt für einen zeitlich eng getakteten Bearbeitungsprozess in der Praxis der Krankenkassen vorgibt.

6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden

Ein derartiger Zugang liegt vor, wenn die Versicherten den Antrag mündlich, insbesondere in einem persönlichen Beratungs- oder Telefongespräch stellen (nicht verkörperte Willenserklärung). Der Antrag ist in dem Zeitpunkt zugegangen, in dem ihn die Mitarbeitenden der Krankenkasse vernommen hat. Von einem zugegangenen Antrag unter Anwesenden ist auch dann auszugehen, wenn dieser entsprechend § 147 Abs. 1 Satz 2 BGB z. B. in einem Online-Chat (sonstige technische Einrichtung) gestellt und von Mitarbeitenden der Krankenkasse vernommen wird.

6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden

Ein in schriftlicher oder elektronischer Form gestellter Antrag (verkörperte Willenserklärung unter Abwesenden) ist zugegangen, wenn er in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist und diese unter normalen Umständen die Möglichkeit hat, vom Inhalt des Antrags Kenntnis zu nehmen. Entscheidend ist also nicht die tatsächliche Kenntnisnahme des Antrags durch die Krankenkasse, sondern der gewöhnliche Zeitpunkt der Möglichkeit dazu. Wird etwa ein Brief erst nach dem Ende der üblichen Geschäftszeit der Krankenkasse (insbesondere am Wochenende oder an einem Feiertag) in den Briefkasten der Krankenkasse eingeworfen, gilt als Zugangstag der nachfolgende Arbeitstag.

Die Abgabe einer empfangsbedürftigen Willenserklärung unter Abwesenden kann auf verschiedenen, nachfolgend dargestellten Übertragungswegen stattfinden.

6.4.2.1 Brief

Wird der Antrag als Brief an die Krankenkasse geschickt, dann ist er zugegangen, wenn die Krankenkasse von ihm unter üblichen Umständen Kenntnis erlangen konnte. Für den Zugang eines

Antrag

solchen Antrags über einen Hausbriefkasten oder ein Postschließfach gilt daher, dass der Antrag nicht schon mit dem Einwurf in den Hausbriefkasten oder dem Einsortieren in das Postfach, sondern erst mit dem Zeitpunkt der nächsten üblichen Leerung oder Abholung zugegangen ist.

Wählen die Versicherten für die Übersendung des Antrags die Form des Einschreibens, so gelten grundsätzlich dieselben Voraussetzungen wie bei einem einfachen Brief. Sollte ein Übergabe-Einschreiben der Krankenkasse nicht unmittelbar ausgehändigt werden, so reicht die im Briefkasten befindliche Benachrichtigung nicht aus, um das Einschreiben als zugegangen zu deklarieren. Erst bei der Abholung des Einschreibens kann von einem Zugang ausgegangen werden. Bei einem Einwurf-Einschreiben sagt der Zustellungsnachweis lediglich aus, dass der Brief in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist, aber nicht, dass diese auch schon die für den Zugang erforderliche Möglichkeit der Kenntnisnahme hatte.

6.4.2.2 Telefax

Ein Antrag auf Leistungen, der der Krankenkasse per Telefax übermittelt wird, ist in der Regel mit dem Abschluss des Ausdrucks am Empfangsgerät in der Krankenkasse zugegangen, wobei auch hier zusätzlich auf den gewöhnlichen Zeitpunkt der Möglichkeit der Kenntnisnahme abzustellen ist. Telefaxe an die Krankenkasse, die während der üblichen Geschäftszeiten empfangen werden, gehen somit in diesem Zeitpunkt zu. Ein technischer Defekt oder fehlendes Papier gehen nicht zu Lasten des Antragstellers. In den Machtbereich der Krankenkasse ist der Antrag dann gelangt, wenn er bei ordnungsgemäßem Funktionieren fertig ausgedruckt worden wäre.

6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung

Wird der Leistungsantrag von den Versicherten auf elektronischem Wege (z. B. elektronisches Kundenpostfach, -portal, E-Mail, De-Mail, Messenger-Dienste) bei der Krankenkasse gestellt, handelt es sich ebenfalls um eine Willenserklärung unter Abwesenden. Voraussetzung für die zulässige Übermittlung eines Leistungsantrages als elektronisches Dokument ist in jedem Fall, dass die Krankenkasse hierfür einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 SGB I). Sollte die Krankenkasse z. B. im Briefkopf oder auf ihrer Webseite eine E-Mail-Adresse bekanntgeben, so ist davon auszugehen, dass sie diesem Weg der Kommunikation zustimmt und den Zugang eröffnet hat.

In den Machtbereich der Krankenkasse gelangt z. B. der Antrag per E-Mail dann, wenn er auf dem Rechner des Dienstansbieters (Provider) der Krankenkasse abrufbar gespeichert wurde. Von der Möglichkeit der Kenntnisnahme durch die Krankenkasse ist aber erst in dem Zeitpunkt auszugehen, in dem die E-Mail üblicherweise abgerufen wird. Sollte die Versicherten eine andere als die von der Krankenkasse für den Rechts- und Geschäftsverkehr angegebene E-Mail-Adresse nutzen, tragen sie das Risiko der Übermittlung und damit auch des Zugangs. Dies gilt auch bei technischen Übermittlungsfehlern. Ist das von den Versicherten übermittelte elektronische Dokument für die Krankenkasse nicht lesbar und daher auch zur Bearbeitung nicht geeignet, hat sie dies den

Antrag

Antragstellenden unter Angabe der für sie geltenden technischen Rahmenbedingungen unverzüglich mitzuteilen (vgl. § 36a Abs. 3 SGB I), so dass in diesem Fall nicht von einem Zugang des Antrags ausgegangen werden kann.

6.4.2.4 Anrufbeantworter

Sollten die Versicherten ihre Anträge telefonisch stellen und eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, so ist seine Willenserklärung in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt, wenn sie aufgezeichnet wurde. Der Zugang ist in dem Zeitpunkt erfolgt, in dem unter normalen Umständen davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenkasse den Anrufbeantworter abhört.

7. Gutachtliche Stellungnahme

Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern (vgl. § 121 Abs. 1 BGB) – einzuholen. Die Leistungsberechtigten sind hierüber zu unterrichten (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V), damit diese rechtzeitig wissen, welche Frist für sie gilt (siehe Abschnitt 9). Für die Unterrichtung der Leistungsberechtigten ist keine bestimmte Form vorgesehen. Die Unterrichtung kann daher auch mündlich erfolgen. Zu empfehlen ist jedoch auch in diesen Fällen allein aus Gründen der Nachweisbarkeit eine Mitteilung in schriftlicher Form, um zu vermeiden, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt.

Gutachtliche Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind von den Krankenkassen unter den in § 275 SGB V genannten Voraussetzungen einzuholen bzw. können eingeholt werden. Daneben können auch andere Stellen gutachtliche Stellungnahmen abgeben (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). So regelt für die Psychotherapie die Psychotherapie-Richtlinie das Nähere u. a. zum Gutachterverfahren (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V). Für den vertragszahnärztlichen Bereich sind Gutachterverfahren für bestimmte Leistungen in den bundesmantelvertraglichen Vorgaben vorgesehen.

7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK

Stellungnahmen durch den MDK gegenüber der Krankenkasse erfolgen im Rahmen von sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) und Gutachten. Die SFB ist entweder eine kurze, ergebnisorientierte Form, welche der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung ermöglicht, oder dient der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen, der Festlegung notwendiger Informationen und der Steuerung der weiteren Bearbeitung im MDK (sozialmedizinische Fallsteuerung). Gutachten werden nach Aktenlage oder aufgrund persönlicher Befunderhebung erstellt. Die Befunderhebung kann entweder in der MDK-Beratungsstelle oder im Rahmen eines Haus-, Krankenhaus-, Heimbefundersuchs in Einrichtungen erfolgen. Da weder § 13 Abs. 3a SGB V noch die amtliche Gesetzesbegründung Aussagen enthalten, was konkret als gutachtliche Stellungnahme anzusehen ist, ist davon auszugehen, dass neben den Gutachten auch die SFB mit Fallabschluss als gutachtliche Stellungnahme zu werten ist.

Ob die Krankenkasse die Leistungsberechtigten bereits zum Zeitpunkt der Einleitung einer SFB über die Notwendigkeit einer gutachtlichen Stellungnahme gemäß § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V informiert, sollte anhand von Erfahrungswerten beurteilt werden, da die Krankenkasse ggf. noch nach Einleitung der SFB/Begutachtung fehlende Informationen von den Leistungsberechtigten oder Dritten abzufordern hat. Auch ist es möglich, dass eine gutachtliche Stellungnahme auf Grundlage der vorgelegten (Standard-) Unterlagen z. B. im Rahmen einer SFB mit Fallabschluss so zügig zu erwarten ist, dass den Leistungsberechtigten eine Leistungsentscheidung auch innerhalb einer Frist von drei Wochen zugehen kann.

Gutachtliche Stellungnahme

Der MDK hat innerhalb von drei Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von drei Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Diese Frist gilt für den MDK als Gesamtorganisation und nicht für einzelne Gutachterinnen oder Gutachter. Bei z. B. einer Weiterleitung des Begutachtungsauftrages innerhalb des MDK oder Hinzuziehung einer weiteren Gutachterin oder eines weiteren Gutachters verlängert sich die Frist nicht und wird auch nicht erneut ausgelöst. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch der MDK schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist lediglich eine Obergrenze darstellt, die nicht regelmäßig auszuschöpfen ist.

Damit der MDK erkennen kann, dass für den Leistungsantrag die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V maßgeblich ist, hat die Krankenkasse dies auf dem Fallberatungsbogen bzw. dem Begutachtungsauftrag entsprechend zu kennzeichnen und zudem das Datum des Antragseingangs sowie des Ablaufs der Frist von fünf Wochen anzugeben.

7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie

Die beantragten Psychotherapieverfahren sind durch eine nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellte Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V und § 34 i. V. m. § 15 der Psychotherapie-Richtlinie). Dabei haben die Gutachterinnen oder Gutachter ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten, wobei zwischen Eintreffen der Unterlagen bei der Gutachterin oder beim Gutachter und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen soll (vgl. § 12 Abs. 7 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Damit kommt es bei der Einhaltung der Frist – anders als bei gutachtlichen Stellungnahmen durch den MDK – nicht auf den Eingang bei der Krankenkasse, sondern auf den Zeitpunkt der Absendung des Gutachtens an. Zudem sind zwar durch die Formulierung „in der Regel“ ausnahmsweise Fristüberschreitungen zulässig. In Anbetracht der für die Krankenkasse bestehenden engen gesetzlichen Frist von fünf Wochen können diese jedoch nur wenige Tage umfassen.

Darüber hinaus ist ein Obergutachten vorgesehen, deren Einholung durch die Krankenkasse jedoch erst beim Einspruch der Versicherten gegen die Ablehnung einer Therapie im Gutachterverfahren erfolgt und somit erst nach einer Leistungsentscheidung der Krankenkasse (vgl. § 12 Abs. 16 i. V. m. § 13 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Das Obergutachterverfahren ist daher für § 13 Abs. 3a SGB V ohne Bedeutung. Die konkreten Einzelheiten zum Gutachterverfahren ergeben sich aus den Psychotherapie-Richtlinie sowie der Psychotherapie-Vereinbarung.

7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren

Verfahren zur Begutachtung von zahnärztlichen Leistungen sind im Rahmen bundesmantelvertraglicher Regelungen für die Parodontosebehandlung, kieferorthopädische Behandlung, implantologische Leistung, Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vorgesehen, wobei ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (vgl. § 1 Abs. 2 sowie § 2 Abs. 5 der Anlage 6 BMV-Z) sowie für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (vgl. Nr. 3.1.1 der Anlage 1 BMV-Z) möglich sind. In der Regel können ein Gutachterverfahren und ein Obergutachterverfahren bzw. ein Prothetikeinigungsverfahren durchgeführt werden. Hiervon unbenommen bleiben die Begutachtungen durch den MDK im Rahmen des § 275 SGB V.

Die Bearbeitung eingehender Anträge durch die Gutachterin oder den Gutachter

- hat bei geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 5 BMV-Z),
- hat bei implantologischer Leistung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. A.4. der Anlage 7 BMV-Z),
- hat bei geplanter kieferorthopädischer Behandlung bzw. einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 4 BMV-Z),
- hat bei geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. § 3 der Anlage 6 BMV-Z).

§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V sieht vor, dass die Gutachterin oder der Gutachter innerhalb von vier Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen hat, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch die Gutachterin oder der Gutachter schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist von vier Wochen lediglich eine Obergrenze darstellt, die somit nicht regelmäßig auszuschöpfen ist. Die aktuellen bundesmantelvertraglichen Regelungen sehen durch die entsprechende Formulierung „innerhalb“ bereits vor, dass die für eine Bearbeitung der Anträge durch die Gutachterin oder den Gutachter vorgesehenen Fristen nicht regelmäßig ausgeschöpft werden müssen.

Die Einleitung eines Obergutachterverfahrens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses kann einen hinreichenden Grund darstellen (siehe hierzu Abschnitt 9.4).

Für den Fall, dass durch die Gesamtvertragspartner auf der Landesebene die Begutachtung von Behandlungsplänen bei Kiefergelenkserkrankungen vereinbart wurde, gelten die zuvor aufgeführten Grundsätze entsprechend.

8. Leistungsentscheidung

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine gutachtliche Stellungnahme des MDK oder im Rahmen des psychotherapeutischen Gutachterverfahrens eingeholt, beträgt die Frist fünf Wochen, beim zahnärztlichen Gutachtenverfahren sechs Wochen. Die Leistungsentscheidung muss den Versicherten bzw. den Bevollmächtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen sein.

Bei der von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidung handelt es sich um einen Verwaltungsakt (vgl. § 31 SGB X), der gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, ab dem Zeitpunkt wirksam wird, ab dem er ihm bekannt gegeben wird (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Um eine Leistungsentscheidung im Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V handelt es sich auch dann, wenn die Krankenkasse zwar keine Entscheidung in der Sache trifft, aber den Leistungsantrag wegen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 und 66 SGB I versagt oder entzieht (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 1/19 R).

Widerspruchsbescheide gemäß § 85 SGG werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da sich die Vorschrift nur auf die von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidungen bezieht und nicht auf die Entscheidung über einen Widerspruch gegen eine fristgerechte aber negative Leistungsentscheidung (vgl. BSG vom 24.04.2018, B 1 KR 10/17 R).

8.1 Bevollmächtigte

Ist ein Bevollmächtigter bestellt, kann die Bekanntgabe ihm gegenüber vorgenommen werden (vgl. § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Es steht somit im Ermessen der Krankenkasse, ob der Verwaltungsakt den Leistungsberechtigten oder den Bevollmächtigten bekannt gegeben wird; § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X geht insoweit § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X vor. Die Krankenkasse ist somit berechtigt, auch bei erteilter Vollmacht nur den Leistungsberechtigten den Verwaltungsakt bekanntzugeben.

Wird der Verwaltungsakt den Bevollmächtigten bekannt gegeben, müssen die Bevollmächtigten allerdings ohne jeden Zweifel erkennen können, um welche Leistungsberechtigten es sich handelt. Die Bekanntgabe an Bevollmächtigte ist jedoch nur dann möglich, wenn die Vollmacht auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen beinhaltet. Gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB X ermächtigt die Vollmacht zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verfahrenshandlungen, sofern sich aus ihrem Inhalt nicht etwas Anderes ergibt. Hierzu gehört somit neben der Antragstellung auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen. Sofern daher nicht ausdrücklich etwas Anderes im Rahmen der Antragstellung erklärt oder schriftlich nachgewiesen wird bzw. mit

den Leistungserbringenden ggf. vertraglich vereinbart ist, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Vollmacht auch die Bekanntgabe der Leistungsentscheidungen beinhaltet.

8.2 Form

Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich (z. B. telefonisch) oder in anderer Weise erlassen werden. Ein mündlicher Verwaltungsakt ist schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wenn hieran ein berechtigtes Interesse besteht und die Betroffenen dies unverzüglich verlangen. Ein elektronischer Verwaltungsakt ist unter denselben Voraussetzungen (berechtigtes Interesse und unverzügliches Verlangen) schriftlich zu bestätigen; § 36a Abs. 2 SGB I findet insoweit keine Anwendung (vgl. § 33 Abs. 2 SGB X). Die schriftliche oder elektronische Bestätigung eines mündlichen Verwaltungsaktes selbst muss nicht innerhalb der Frist von drei, fünf oder sechs Wochen erfolgen. Entscheidend ist, dass der mündliche Verwaltungsakt innerhalb der jeweils maßgebenden Frist erlassen bzw. zugegangen ist.

8.3 Bekanntgabe

8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt

Ein schriftlicher Verwaltungsakt, der im Inland durch die Post übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben. Ein Verwaltungsakt, der im Inland oder Ausland elektronisch übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Absendung als bekannt gegeben. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist; im Zweifel hat die Behörde den Zugang des Verwaltungsaktes und den Zeitpunkt des Zugangs nachzuweisen (§ 37 Abs. 2 SGB X). Auch wenn der tatsächliche Zugang schon vor dem Ablauf der Drei-Tages-Frist erfolgt, gilt als Zeitpunkt der Bekanntgabe dennoch der dritte Tag nach der Aufgabe zur Post oder der Absendung.

Erfolgt die Bekanntgabe sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch gegenüber den Bevollmächtigten, so ist für den Zeitpunkt der Bekanntgabe der zuerst erfolgte Zugang ausschlaggebend.

Die Vorschriften des Verwaltungszustellungsgesetzes gelten für das Zustellungsverfahren u. a. der bundesunmittelbaren Körperschaften (vgl. § 1 Abs. 1 VwZG). Gemäß § 4 VwZG kann ein Dokument durch die Post mittels Einschreiben durch Übergabe oder mittels Einschreiben mit Rückschein zugestellt werden. Zum Nachweis der Zustellung genügt der Rückschein. Im Übrigen gilt das Dokument am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als zugestellt, es sei denn, dass es nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist. Im Zweifel hat die Behörde den Zugang und dessen Zeitpunkt nachzuweisen. Der Tag der Aufgabe zur Post ist in den Akten zu vermerken.

8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes

Durch das Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18. Juli 2016 ist es seit dem 01.01.2017 auch möglich, einen elektronischen Verwaltungsakt mit Einwilligung der Beteiligten nach § 37 Abs. 2a SGB X dadurch bekannt zu geben, dass er durch öffentlich zugängliche Netze abgerufen wird. Die Behörde (Krankenkasse) hat zu gewährleisten, dass der Abruf nur nach Authentifizierung der berechtigten Person möglich ist und der elektronische Verwaltungsakt von ihr gespeichert werden kann. Der Verwaltungsakt gilt am Tag nach dem Abruf als bekannt gegeben. Wird der Verwaltungsakt nicht innerhalb von zehn Tagen nach Absenden einer Benachrichtigung über die Bereitstellung abgerufen, wird diese beendet. In diesem Fall ist die Bekanntgabe nicht bewirkt; die Möglichkeit einer erneuten Bereitstellung zum Abruf oder der Bekanntgabe auf andere Weise bleibt unberührt.

Rufen Leistungsberechtigte in diesem Fall nach Benachrichtigung der Krankenkasse den Verwaltungsakt erst nach dem Ende der jeweils maßgeblichen Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V ab, so liegt ein Fristversäumnis vor, da dieser erst am Tag nach Abruf als bekanntgegeben gilt. Sollte dieser Kommunikationsweg gewählt werden, so ist darauf zu achten, dass die Bereitstellung des Leistungsbescheides so frühzeitig erfolgt, dass auch nach nicht erfolgtem Abruf noch genug Zeit für die Bekanntgabe auf andere Weise verbleibt, da ansonsten eine Verfristung und somit Genehmigungsfiktion eintreten kann.

9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Die Krankenkasse hat gemäß § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über einen Leistungsantrag grundsätzlich spätestens innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Das Gesetz ermöglicht es ihr aber darüber hinaus, im Falle der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen (Satz 2) und bei Einleitung eines zahnärztlichen Gutachterverfahrens innerhalb von sechs Wochen (Satz 4) zu entscheiden. Damit der Leistungsberechtigte nicht nach drei Wochen davon ausgehen kann, dass seine beantragte Leistung als genehmigt gilt und somit die Genehmigungsfiktion greift, hat die Krankenkasse ihn vor Ablauf von drei Wochen darüber zu unterrichten (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

Kann die Krankenkasse die jeweils maßgebliche Frist aus einem hinreichenden Grund nicht einhalten, hat sie den Leistungsberechtigten vor Fristablauf schriftlich darüber zu informieren (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V) und mitzuteilen, welche neue Entscheidungsfrist (anhand der voraussichtlichen, taggenau bestimmten Dauer des Bestehens des hinreichenden Grundes) maßgeblich ist.

Eine Verlängerung der Fristen aufgrund der Tatsache, dass Leistungsberechtigte ihren Wohnsitz außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes haben, ist nicht sachgerecht und gilt nicht als Verlängerungsgrund (vgl. BSG vom 27.08.2019, KR 36/18 R).

9.1 Definition eines hinreichenden Grundes

Das Gesetz definiert den Begriff des „hinreichenden Grundes“ nicht näher. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein hinreichender Grund immer dann vorliegt, wenn es aus objektiver Sicht der Krankenkasse nicht möglich ist, eine abschließende Entscheidung über den Leistungsantrag zu treffen. Dazu zählen typischerweise solche Gründe, die sich außerhalb des Verantwortungsbereichs der Krankenkasse bewegen. Solange dieser Zustand andauert, verhindert das Vorliegen eines hinreichenden Grundes die Entscheidungsfindung der Krankenkasse.

9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Kann die Krankenkasse nicht innerhalb der jeweils maßgebenden Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen nach Antragseingang eine Leistungsentscheidung treffen, muss die Krankenkasse dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe innerhalb der Frist schriftlich mitteilen. Dies erfolgt in der Regel per Post. Eine mündliche bzw. fernmündliche Mitteilung reicht nicht aus. Werden z. B. medizinische Befunde und zusätzliche Informationen telefonisch vom Leistungsberechtigten angefordert, so informiert die Krankenkasse damit nicht formgerecht über einen hinreichenden Grund für die Überschreitung der Frist und deren voraussichtliche, taggenau bestimmte Dauer.

Die angeordnete Schriftform kann jedoch durch die elektronische Form ersetzt werden, wenn der Leistungsberechtigte für die Übermittlung elektronischer Dokumente einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB I). Dazu muss er neben der Mitteilung der E-Mail-Adresse seine Bereitschaft zum Empfang von rechtlich verbindlichen Erklärungen gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich erklärt haben. Zudem ist das von der Krankenkasse zu übermittelnde elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen (vgl. § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB I), so dass eine einfache E-Mail nicht ausreichend ist. Denkbar ist auch eine Informationsübermittlung per Telefax.

9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Rechtzeitig liegt die Information vor, wenn sie den Leistungsberechtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen ist.

Für die fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes ist der Zeitpunkt der Bekanntgabe – wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt – gegenüber den Antragstellenden und nicht der der Krankenkasseninternen Entscheidung über die Information maßgeblich (vgl. Abschnitt 8.3). Im Zweifel ist die Krankenkasse hinsichtlich der Tatsache des Zugangs sowie des Zeitpunkts des Verwaltungsaktes beweispflichtig. Ist die Frist gewahrt, so tritt keine Genehmigungsfiktion ein.

Sind Bevollmächtigte bestellt (siehe hierzu Ausführungen unter Abschnitt 8.1) und ist eine Begrenzung der Vollmacht im Rahmen der Antragstellung nicht erklärt oder schriftlich nachgewiesen, hat die Krankenkasse den Bevollmächtigten den hinreichenden Grund mitzuteilen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X). Es empfiehlt sich allerdings zur Vermeidung von Missverständnissen in diesen Fällen, neben den Bevollmächtigten auch die Leistungsberechtigten über den hinreichenden Grund für die verzögerte Leistungsentscheidung fristgerecht zu informieren. Das Risiko der rechtzeitigen Zustellung trägt die Krankenkasse.

9.4 Hinreichende Gründe

Damit die Krankenkassen ihrer Pflicht zur zügigen Leistungsentscheidung nachkommen können, sind umgekehrt Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer) zur Mitwirkung angehalten. Hinreichende Gründe für eine verzögerte Leistungsentscheidung können danach insbesondere sein,

- fehlende oder ergänzungsbedürftige Angaben von Tatsachen durch Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer), die für die Leistungsentscheidung erheblich sind (z. B. in Form von fehlenden aussagekräftigen Unterlagen des Leistungserbringers),
- die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der Leistungsberechtigten bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch den Gutachter (z. B. Absagen eines Termins zur körperlichen

Untersuchung durch die Leistungsberechtigten, wenn dadurch eine rechtzeitige Befunderhebung nicht mehr möglich ist bzw. die für eine erforderliche körperliche Untersuchung erforderlichen Unterlagen werden nicht zur Begutachtung mitgebracht oder sind nicht aussagekräftig),

- Verzögerungen, die bei notwendiger Mitwirkung der Leistungsberechtigten von ihnen zu verantworten sind (z. B. angebotene frühzeitige Termine für körperliche Befunderhebung können von den Versicherten nicht wahrgenommen werden),
- die fehlende Zustimmung der Leistungsberechtigten zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte auf Verlangen der Krankenkasse,
- bei einem Persönlichen Budget die Durchführung eines Bedarfsfeststellungsverfahrens und die Verhandlungen zur Zielvereinbarung,

Die Abforderung der erforderlichen Informationen kann – sofern die Beschaffung durch die Krankenkasse nicht mit geringerem Aufwand verbunden ist – gegenüber den Leistungsberechtigten (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 65 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) oder gegenüber den Leistungserbringenden (vgl. § 100 SGB X) erfolgen. Bei einer erforderlichen körperlichen Befunderhebung (Untersuchung) hat die Mitwirkung durch die Leistungsberechtigten zu erfolgen (vgl. § 62 SGB I). Wurden Bevollmächtigte für das Verwaltungsverfahren uneingeschränkt bestellt (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB X), muss die Krankenkasse die Bevollmächtigten über die Abforderung von Informationen von den Leistungsberechtigten bzw. bei Einladung der Leistungsberechtigten zur körperlichen Befunderhebung verständigen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB X). Hierzu genügt es, wenn den Bevollmächtigten z. B. die Kopie einer Abforderung der erforderlichen Informationen bzw. die Einladung zur körperlichen Befunderhebung übersandt wird. Werden die erforderlichen Informationen von Leistungserbringenden benötigt, die zugleich Bevollmächtigte sind, so empfiehlt sich die Abforderung der Informationen unmittelbar von den Leistungserbringenden und die Unterrichtung der Leistungsberechtigten über die entsprechende Abforderung der Informationen.

Die Gründe für die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der Leistungsberechtigten bzw. von Dritten sind ohne Bedeutung. Selbst triftige Gründe, z. B. in Form einer akuten Krankheit der Leistungsberechtigten oder von Dritten, die eine rechtzeitige Übermittlung bislang fehlender oder ergänzender Informationen oder die Durchführung einer körperlichen Untersuchung zum vorgesehenen Termin verhindern, können zu keinem anderen Ergebnis führen, da andernfalls die Krankenkasse ohne Verschulden sanktioniert werden könnte.

Um hinreichende Gründe für eine Überschreitung der jeweils maßgeblichen Frist handelt es sich dann, wenn die für eine Leistungsentscheidung notwendigen Informationen/Tatsachen nicht so rechtzeitig vorliegen oder gewonnen werden (können), dass die Krankenkasse eine Leistungsentscheidung noch bis zum Ablauf der jeweils maßgeblichen Frist – ggf. unter Berücksichtigung einer

noch einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme oder der Durchführung einer (evtl. notwendigen persönlichen) Befunderhebung (Begutachtung) – treffen und den Leistungsberechtigten zugehen lassen kann. Damit ist nicht bereits jede Anforderung von Angaben oder Unterlagen gegenüber den Leistungsberechtigten oder Dritten ein hinreichender Grund.

Hat die Krankenkasse einen Auftrag zur Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme erteilt und können die MDK/Gutachterinnen bzw. Gutachter auf Grund fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Leistungsberechtigten oder von Dritten die gutachtliche Stellungnahme nicht so rechtzeitig erstellen, dass die Krankenkasse noch innerhalb der Frist von fünf bzw. sechs Wochen eine Leistungsentscheidung treffen und den Leistungsberechtigten zugehen lassen kann, haben die MDK/Gutachterinnen bzw. Gutachter unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) die Krankenkasse hierüber zu informieren. Damit kann die Krankenkasse die Leistungsberechtigten rechtzeitig über den hinreichenden Grund für eine verzögerte Leistungsentscheidung schriftlich informieren.

Darüber hinaus können hinreichende Gründe allein bereits dann vorliegen, wenn im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung die Einholung eines Obergutachtens oder die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses erfolgt. Dies gilt gleichermaßen auch für die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses zu mutmaßlich mangelhaft ausgeführten prothetischen Leistungen im Zusammenhang mit Leistungsanträgen auf eine Neuversorgung. Zwar erfolgt die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses nicht zur beantragten Neuversorgung, sondern zur bereits ausgeführten Leistung. Dennoch liegt auch in diesem Fall ein hinreichender Grund vor, da die Leistungsentscheidung zur beantragten Neuversorgung vom Ausgang der Prüfung abhängt, ob die bereits ausgeführte Leistung mangelhaft ist und demgemäß Gewährleistungsansprüche nach § 136a Abs. 4 Satz 4 SGB V in Bezug auf die bereits erfolgte Versorgung bestehen und somit eine Neuversorgung nicht in Betracht kommen muss. Danach hat die Zahnärztin oder der Zahnarzt für die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige – oder aufgrund entsprechender Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene oder zwischen Zahnärztin oder Zahnarzt und Krankenkasse längere – Gewähr zu übernehmen, innerhalb derer er die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen kostenfrei vorzunehmen hat.

Die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses muss so rechtzeitig nach Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme erfolgen, dass die Leistungsberechtigten hierüber noch bis zum Ablauf der Frist von sechs Wochen schriftlich informiert werden können. Vor diesem Hintergrund können die vertraglichen Regelungen, die nach dem Zugang der Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters die Beantragung eines Obergutachtens durch die Krankenkasse bzw. die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt vorsehen, bei

- geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 5 BMV-Z),

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

- implantologischer Leistung ohne einzuhaltende Frist (vgl. Abschnitt B der Anlage 7 BMV-Z),
- kieferorthopädischer Behandlung oder einem Verlängerungsantrag innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 4 BMV-Z),
- geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z),
- mutmaßlich mangelhaft ausgeführter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z),

nicht losgelöst von der maßgeblichen Sechs-Wochen-Frist durch die Krankenkassen umgesetzt werden.

Gründe, die hingegen in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fallen wie z. B. Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sind nicht hinreichend. Dies gilt gleichermaßen für Gründe, die in den Verantwortungsbereich des MDK bzw. der Gutachterin oder des Gutachters fallen. Daher müssen sowohl Krankenkassen als auch der jeweilige MDK bzw. die Gutachterin oder der Gutachter alle in ihren jeweiligen Verantwortungsbereich fallenden Maßnahmen ergreifen, damit eine Leistungsentscheidung zügig, spätestens jedoch innerhalb der Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen erfolgen kann. Die Krankenkassen haben daher unter Berücksichtigung der sehr engen Fristen unverzüglich

- eingehende Leistungsanträge auf ihre Vollständigkeit zu überprüfen,
- die Erforderlichkeit einer gutachtlichen Stellungnahme – ggf. gemeinsam mit dem MDK – zu klären und ggf. eine gutachtliche Stellungnahme in Auftrag zu geben sowie
- ggf. die für eine Leistungsentscheidung bzw. eine in diesem Zusammenhang erforderliche gutachtliche Stellungnahme notwendigen Informationen/Tatsachen abzufordern – soweit nicht der MDK die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat der MDK die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und
- die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MDK zu übermitteln.

Unvorhersehbare Ereignisse, wie z. B. das Auftreten einer Epidemie bzw. Pandemie (z. B. Coronavirus/COVID-19) können unter Umständen einen hinreichenden Grund gemäß § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V darstellen, da diese nicht dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse zugerechnet werden können. Ein hinreichender Grund kann allerdings in diesem Kontext erst dann angenommen werden, wenn die Krankenkassen alle erdenklichen organisatorischen, personellen und technischen Maßnahmen ergriffen haben, um eine zeitnahe Leistungsentscheidung über die von der Genehmigungspflicht umfassten Leistungen für die Versicherten sicherzustellen. Zu diesen Maßnahmen können neben einer Nutzung der vorhandenen Digitalisierungsverfahren, insbesondere auch innerbetriebliche organisatorische Maßnahmen wie z. B. die Arbeitsverlagerung an andere Standorte oder die Einbeziehung fachfremder Arbeitsbereiche gehören.

Sollten auch die MDK – trotz aller ergriffen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Begutachtungsverfahrens – aufgrund einer Epidemie bzw. Pandemie nicht mehr in ausreichendem Maße handlungsfähig sein, kann auch dies einen hinreichenden Grund im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V darstellen.

9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

Damit die Leistungsberechtigten problemlos und eindeutig erkennen können, wann die Fiktion der Genehmigung eintritt, ist es notwendig, dass die Krankenkasse eine taggenaue Verlängerung der Frist vornimmt. Die Krankenkasse kann hierfür den konkreten Verlängerungszeitraum angeben, so dass das Ende der Fristverlängerung von den Antragstellenden selbst berechnet werden kann (z. B. „in zwei Wochen“ oder „in 14 Tagen“) oder sie bestimmt das Fristende kalendarisch (z. B. „bis zum TT.MM.JJJJ“).

Die Krankenkasse sollte sich bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen orientieren, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes – ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen – zu erwarten bzw. vorgesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Im Falle des Vorliegens eines hinreichenden Grundes wegen des Eintretens unvorhersehbarer Ereignisse (siehe Abschnitt 9.4) sollte sich die Bestimmung des Zeitraumes an Erfahrungswerten bzw. an dann aktuellen Rahmenbedingungen orientieren.

Die Mitteilung über die Fristverlängerung hat schriftlich zu erfolgen, eine (fern-) mündliche Information ist nicht ausreichend. Zu favorisieren ist die schriftliche Mitteilung in Form eines kalendarischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche Information für die Leistungsberechtigten darstellt und zum anderen der Krankenkasse die weitere Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem eindeutigen „Wiedervorlage-Datum“ ausgerichtet werden kann.

Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass die erste sachlich gerechtfertigte Frist nicht ausreicht und sich somit als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse fristgerecht zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion dem Leistungsberechtigten die hinreichenden Gründe erneut mit einer taggenauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser Prozess ggf. mehrfach wiederholen. Erst wenn sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf der letz-

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

ten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

Mit der prognostizierten taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes ist letztlich das Ende der (verlängerten) Frist gemeint. Denn nach der Gesetzeskonstruktion des § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Versicherten den Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungsfiktion erkennen können, um sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen zu können oder als Naturalleistung zu beanspruchen. Das ist durch die im Gesetz konkret benannten Fristen und Mitteilungspflichten der Krankenkasse sichergestellt.

Fällt der hinreichende Grund bereits eher – als prognostiziert – weg, führt dies nicht zu einer entsprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Krankenkasse die – auf Grundlage einer Prognose – festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und die Versicherten/Bevollmächtigten erneut informieren müsste.

10. Fristenberechnung

Für die Berechnung der Fristen gelten die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend (vgl. § 37 Satz 1 SGB I i. V. m. § 26 Abs. 1 SGB X). Da der Eingang des Antrags ein Ereignis im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB darstellt, beginnt die Frist mit dem Tag, der auf den Tag des Antragseingangs folgt, und endet mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis fällt (vgl. §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB). Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages (vgl. § 26 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB X).

Regelungen zur Unterbrechung der Frist, wie spezialgesetzlich zum längerfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf in § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V bestimmt, bzw. zur Hemmung oder zum Neubeginn der Frist sind sowohl in der allgemeinen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V als auch in § 26 SGB X nicht vorgesehen und können weder in Analogie zur spezialgesetzlichen Regelung des § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V noch entsprechend der Vorschriften im BGB zur Verjährung (vgl. §§ 203 bis 213 BGB) zur Anwendung gelangen. Die Frist beginnt damit am Tag nach Zugang des Antrags und läuft ohne Unterbrechung oder Hemmung nach drei, fünf bzw. sechs Wochen ab (siehe auch Abschnitt 6 letzter Absatz).

Beispiel 1 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 06.03. (Dienstag/Ereignistag)
Ergebnis:	
Fristbeginn	am 07.03. (Mittwoch)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 27.03. (Dienstag)
fünf Wochen	am 10.04. (Dienstag)
sechs Wochen	am 17.04. (Dienstag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

Fristenberechnung

Beispiel 2 – Beginn der Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Einwurf des Antrags bei der Krankenkasse (Briefkasten)	am 11.03. (Sonntag)
Gilt als zugegangen	am 12.03. (Montag/Ereignistag)
Ergebnis:	
Fristbeginn	am 13.03. (Dienstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 02.04 (Montag)
fünf Wochen	am 16.04. (Montag)
sechs Wochen	am 23.04. (Montag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein	

Beispiel 3 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse mit Fristverlängerung wegen Wochenend-/Feiertagsregelung

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 09.03. (Freitag)
Der 30.03. ist Karfreitag, der 31.03. ist ein Samstag, der 01.04. ist ein Sonntag (Ostersonntag) und der 02.04. fällt auf einen Montag (Ostermontag).	
Ergebnis:	
Fristbeginn	am 10.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 30.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 20.04. (Freitag)
Da das Ende der Drei-Wochen-Frist auf einen Feiertag fällt, verlängert sich die Frist gemäß § 193 BGB auf den nächstfolgenden Werktag. Das Fristende fällt somit bei einer Frist von	
drei Wochen	auf den 03.04. (Dienstag)
Der 31.03. ist ein Samstag, der 01. und 02.04. sind Feiertage.	
fünf Wochen	auf den 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	auf den 20.04. (Freitag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

Die Grundsätze der Fristenberechnung gelten auch für die gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse. Dabei sind die im Gesetz genannten Zeiträume für die Abgabe der gutachtlichen Stellungnahme von drei bzw. vier Wochen stets als Obergrenzen zu verstehen (s. Abschnitt 7.1).

Fristenberechnung

Beispiel 4 – Fristen bei gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 02.03. (Freitag)
Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Ergebnis:	
Fristbeginn	am 03.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 23.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 06.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 13.04. (Freitag)
<p>Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss den Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.</p> <p>Die Frist für die gutachtliche Stellungnahme beginnt am 08.03. (Donnerstag), also am Tag nach dem Eingang des Auftrags bei der Gutachterin oder beim Gutachter/MDK, und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen, 04.04. bei einer Frist von vier Wochen.</p> <p>Die gutachtliche Stellungnahme muss spätestens bis zum 28.03. bei einer Frist von drei Wochen und spätestens bis zum 04.04. bei einer Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss der oder dem Leistungsberechtigten spätestens am 06.04. (Freitag) innerhalb der 5-Wochen-Frist, 13.04. (Freitag) innerhalb der 6-Wochen-Frist vorliegen.</p>	

Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)
<p>Der MDK teilt der Krankenkasse am 13.03. (Dienstag) mit, dass weitere Unterlagen von der Behandlerin oder vom Behandler anzufordern sind (hinreichender Grund). Die Krankenkasse fordert diese am 15.03. (Donnerstag) an und teilt der Versicherten oder dem Versicherten dies am selben Tag mit. Sie stellt unter der Annahme, dass die Unterlagen bis zum 02.04. beim MDK eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).</p> <p>Ergebnis:</p> <p>Die Krankenkasse hat die oder den Versicherten über die Leistungsentscheidung bis zum 15.04. zu informieren. Sollten die angeforderten Unterlagen nicht oder später als angenommen beim MDK eingehen und ist mit einer fristgemäßen Entscheidung nicht mehr zu rechnen, so hat die Krankenkasse der oder dem Versicherten vor dem Ende der ersten Prognose (15.04.) rechtzeitig über den fortbestehenden hinreichenden Grund zu informieren und eine erneute taggenaue Prognose mitzuteilen.</p>	

11. Genehmigungsfiktion

Die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V und die danach vorgesehene Genehmigungsfiktion wurden mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl. I S.277) neu eingeführt. Ziel der Regelung soll es ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) sein, die Entscheidungsprozesse und das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Zum einen sollen die Leistungsansprüche schnell geklärt werden und zum anderen sollen die Versicherten in kurzer Zeit die erforderlichen Leistungen erhalten. Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung können sich die Versicherten diese Leistungen selbst beschaffen. Diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip stelle eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen angesehenen Zeitraum entscheidet. Die Leistungsberechtigten sollen nach dem Ablauf der vorgegebenen Fristen so gestellt werden, als habe die Krankenkasse den Leistungsantrag von vornherein positiv beschieden (Genehmigungsfiktion, § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V).

Voraussetzungen für das Eintreten der Genehmigungsfiktion sind nach § 13 Abs. 3a Satz 1 bis 5 SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

- ein hinreichend bestimmter Antrag der leistungsberechtigten Versicherten (siehe Abschnitte 5 und 6.3), der auf eine grundsätzlich in den Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V fallende Leistung gerichtet ist (siehe Abschnitt 4.3), die diese subjektiv für erforderlich halten durften, und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt sowie
- das Versäumnis der Krankenkasse, rechtzeitig innerhalb der maßgeblichen Fristen eine Leistungsentscheidung zu treffen, ohne die Antragstellenden hierfür jeweils vor Fristablauf einen hinreichenden Grund und eine taggenau bestimmte Fristverlängerung schriftlich mitzuteilen (siehe Abschnitt 9).

Die Beschränkung der Genehmigungsfiktion auf subjektiv für die Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen, soll nach der Rechtsprechung des BSG (nur) einen Rechtsmissbrauch vermeiden. Durch die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V dürften keine Leistungsgrenzen in der GKV überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssten. Hierfür genügt es, dass das Gesetz formale oder jedem deutliche Anspruchsvoraussetzungen oder Anspruchsgrenzen regelt, die bei der Antragstellung nicht erfüllt sind oder später entfallen (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 8/19 R).

Nach diesen Entscheidungen darf ein Versicherter die beantragte Leistung bereits dann für erforderlich halten, wenn diese Leistung von einem zuvor konsultierten Arzt oder Psychotherapeuten zur Behandlung einer bestimmten Krankheit fachlich befürwortet wurde (vgl. BSG vom

Genehmigungsfiktion

08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Eine subjektive Erforderlichkeit stellt zuerst auf den tatsächlichen Kenntnisstand des Leistungsberechtigten ab. Hierfür ist es weder notwendig, dass sich der Leistungsberechtigte vorab über die konkreten Leistungsvoraussetzungen Gedanken gemacht hat, noch, dass er sich hierüber aktiv informiert hat. Es ist ausreichend, wenn der Leistungsberechtigte aufgrund der ärztlichen Beratung die Leistung für medizinisch indiziert halten durfte (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 1/19 R).

Nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt nach der Rechtsprechung eine Leistung, die zumindest ihrer Art nach diesem Leistungskatalog unterfällt. Dies kann auch bei einer Leistung im Rahmen einer neuen Behandlungsmethode, die noch nicht vom G-BA nach § 135 SGB V anerkannt worden ist, der Fall sein.

Wird eine Leistung beansprucht, die objektiv offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskataloges liegt, so liegt ein Rechtsmissbrauch in diesem Sinne vor. Dies ist dann der Fall, wenn zum Zeitpunkt der Beschaffung klare gesetzlich geregelte Anspruchsvoraussetzungen und -grenzen überschritten werden, wie z. B. beim Überschreiten der Altersgrenze bei Leistungen der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V oder bei einer die Regelversorgung übersteigende Leistung bei Zahnersatz gemäß § 55 SGB V.

Sollten Leistungsberechtigte eine Leistung, die zuvor schon einmal von der Krankenkasse abgelehnt wurde, erneut beantragen, so wird ein neues Verwaltungsverfahren in Gang gesetzt, in dessen Verlauf auch die Fristen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V erneut zu beachten sind. In einer solchen Fallgestaltung wird unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Einzelfall zu prüfen sein, ob ein Rechtsmissbrauch im oben genannten Sinne vorliegen kann, weil die Leistungsberechtigten diese Leistung dann nicht (mehr) für erforderlich halten durften.

Die Folgen des Eintritts einer fingierten Genehmigung werden in den kommenden Abschnitten näher beschrieben und erläutert.

12. Folgen der Genehmigungsfiktion

Sind die im Abschnitt 11 genannten Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion erfüllt, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V). Ist diese vom Leistungskatalog der GKV umfasst, erwächst den Leistungsberechtigten aus der fingierten Genehmigung nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Krankenkasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch). Dieser Anspruch soll es ermöglichen, dass auch diejenigen Versicherten eine Leistung in Anspruch nehmen können, die finanziell nicht in der Lage sind, sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen.

Betrifft die fingierte Genehmigung dagegen eine nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasste Leistung, die nicht auf dem üblichen Weg der Naturalleistung erbracht werden kann, kann den Leistungsberechtigten von vornherein nur ein naturalleistungsersetzender Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme zustehen.

12.1 Naturalleistungsanspruch

Ein Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion kommt dann in Betracht, wenn die beantragte Leistung konkret im Naturalleistungssystem (als Sach- oder Dienstleistung) vorgesehen ist. Das kann etwa der Fall sein, wenn es um eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geht (siehe Abschnitt 4.3), die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als abrechnungsfähige Leistung mit einer Gebührenordnungsposition aufgeführt ist. Auch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel (siehe Abschnitt 4.3, Nr. 22), das allgemein von der Leistungspflicht umfasst ist (§ 139 Abs. 1 Satz 2 SGB V), kann dies zutreffen. Der Naturalleistungsanspruch setzt aber – genau wie ein Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme – nicht voraus, dass der jeweilige Leistungsberechtigte im Einzelfall auch einen materiell-rechtlichen Anspruch auf die beantragte Leistung hat (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R).

Sofern der Leistungsberechtigte dies nicht ausdrücklich anders beantragt hat, dürfte in solchen Fällen der Leistungsantrag grundsätzlich auf die Versorgung durch zugelassene oder sonstige zur Teilnahme an der Versorgung berechtigte Leistungserbringer (zugelassene Leistungserbringer) gerichtet sein (vgl. etwa § 95 Abs. 1, 4 und 10 SGB V, § 108 SGB V oder § 126 Abs. 1 und 1a SGB V). Zu beachten ist, dass eine Beschränkung auf eine Versorgung durch diese Leistungserbringer jedoch nicht mehr wirkt, wenn die Krankenkasse nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion dennoch eine ablehnende Entscheidung über den Antrag trifft. Der Versicherte kann dann nicht prinzipiell auf eine Selbstbeschaffung der Leistung bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen werden und sich eine der beantragten Naturalleistung entsprechende Leistung auch bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer verschaffen (vgl. u. a. BSG vom 26.9.2017, B 1 KR 6/17 R).

12.2 Kostenerstattung

Hat sich der Leistungsberechtigte die als genehmigt geltende Leistung selbst beschafft und sind ihm dadurch Kosten entstanden, steht ihm unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gegen seine Krankenkasse zu.

12.2.1 Selbstbeschaffung

Eine Leistung ist gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V selbst beschafft, wenn im Verhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer ein unbedingtes, auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung bezogenes Verpflichtungsgeschäft mit einer endgültigen rechtlichen Zahlungsverpflichtung des Leistungsberechtigten zustande gekommen ist (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R).

Die Leistungsberechtigten dürfen diese rechtlich verbindliche Vereinbarung erst nach dem Ablauf der nach § 13 Abs. 3a SGB V jeweils maßgeblichen Frist abgeschlossen haben. Haben sie dies schon vor dem Fristablauf getan, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V insgesamt aus.

Zudem muss die selbstbeschaffte Leistung der ursprünglich beantragten Leistung nach Art und Umfang entsprechen und grundsätzlich auf der gleichen Indikationsstellung beruhen. Nur dann dürfen die Leistungsberechtigten diese Leistung auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung subjektiv für erforderlich halten (vgl. Abschnitt 11) und davon ausgehen, dass sich die fingierte Genehmigung nicht bereits erledigt hat (vgl. Abschnitt 13.2).

12.2.2 Selbstbeschaffung im Ausland

Die Leistungsberechtigten haben sich diese auch dann in zulässiger Weise selbst beschafft, wenn sie sich nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zur Inanspruchnahme in das Ausland begeben, ohne dass die damit verbundene Behandlung im Ausland bereits vorab Gegenstand des Leistungsantrages gewesen sein muss. Sie sind weder verpflichtet, sich diese Leistung im Inland zu verschaffen, noch bei einer Selbstverschaffung im Ausland die Bedingungen der GKV zu einer abrechenbaren Auslandsversorgung einzuhalten. Es sind dann nicht diejenigen Regelungen einzuhalten, denen GKV-Versicherte gemäß § 13 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 SGB V unterworfen sind, sollten sie eine Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Nach den Feststellungen des BSG kann die Leistungsanspruchnahme im Ausland auch argumentativ nicht durch den Hinweis auf die Schadensersatzpflichten eingeschränkt werden, denen ärztliche Behandler in Deutschland bei erheblichen Sorgfalts-, Informations- und Pflichtverletzungen unterliegen, da die im Ausland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte den Sorgfalts- und ggf.

Folgen der Genehmigungsfiktion

Schadensersatzpflichten nach den vom einschlägigen Privatrecht berufenen Sachnormen der jeweiligen Rechtsordnungen unterliegen würden (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 36).

Des Weiteren komme es nicht darauf an, ob die fiktiv genehmigte Leistung in Deutschland, einem anderem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz zur Verfügung stand (EG 883/2004 zu beschränken (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Zur Selbstbeschaffung einer Leistung im Ausland gelten die in Abschnitt 12.2.1 aufgeführten Grundsätze entsprechend.

12.2.3 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung

Hat sich der Leistungsberechtigte die Leistung in zulässiger Weise selbst beschafft, ist die Krankenkasse verpflichtet, ihm die durch die Selbstbeschaffung rechtswirksam entstandenen Kosten zu erstatten. Der Erstattungsanspruch ist also nicht auf die Erstattung der Kosten beschränkt, die der Krankenkasse im Fall der Erbringung als Naturalleistung entstanden wären. Insoweit orientiert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Kosten nach § 13 Abs. 3a SGB V an der Erstattungsregelung in § 13 Abs. 3 SGB V (vgl. BT-Drucks. 17/10488, S. 32).

Soweit es um die Kosten einer privatärztlichen Behandlung geht, besteht ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch und eine entsprechende Kostenbelastung des Leistungsberechtigten nur, wenn der Arzt dem Leistungsberechtigten eine ordnungsgemäße Abrechnung nach den formellen Voraussetzungen der GOÄ (§ 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ) erteilt. Das ist nicht der Fall, wenn der Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert (vgl. BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, Rn. 29 und 34).

Sofern der Leistungsberechtigte ohne die Selbstbeschaffung Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V zu leisten hätte, mindern diese den Erstattungsanspruch. Entsprechendes gilt etwa für den bei einer Versorgung mit Zahnersatz gemäß § 55 SGB V vom Versicherten zu übernehmenden Eigenanteil (Vgl. Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, BT-Drucks. 17/11710, S. 30).

Haben Leistungsberechtigte im Rahmen des von ihm gewählten Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs. 2 SGB V einen Antrag auf eine genehmigungspflichtige Leistung bei seiner Krankenkasse gestellt (siehe Abschnitt 4.3), kann er auch nach eingetretener Genehmigungsfiktion keine vollständige Erstattung der Kosten verlangen. Wählen Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, so werden sie von ihrer Krankenkasse nach §§ 14 und 15 SGB I in der Regel über ihre Rechte und Pflichten in diesem Zusammenhang beraten und aufgeklärt. Den Leistungsberechtigten muss also bereits vor der Inanspruchnahme einer fiktiv genehmigten Leistung bekannt

Folgen der Genehmigungsfiktion

sein, dass der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (§ 13 Abs. 2 S. 8 SGB V). Dies gilt gleichermaßen für zu entrichtende Zuzahlungen und den in der jeweiligen Satzung vorgesehen Abschlag für Verwaltungskosten vom Erstattungsbetrag.

Leistungsberechtigte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können demnach auch im Fall einer fiktiven Genehmigung des Antrags eine Kostenerstattung nur in der Höhe beanspruchen, in der sie ihnen nach den gesetzlichen Vorgaben in § 13 Abs. 2 SGB V auch bei einer von der Krankenkasse rechtzeitig erteilten Genehmigung zugestanden hätte.

Diese Begrenzung des Kostenerstattungsanspruchs im Rahmen des § 13 Abs. 2 SGB V muss den Leistungsberechtigten bewusst sein, insbesondere dann, wenn ihnen bereits in der Vergangenheit von der Krankenkasse Kosten in diesem Kontext erstattet wurden.

12.3 Kostenfreistellung

Haben Leistungsberechtigte über die fiktiv genehmigte Leistung zwar ein verbindliches Verpflichtungsgeschäft mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung abgeschlossen (Selbstbeschaffung), den Vergütungsanspruch der Leistungserbringenden aber noch nicht erfüllt, fehlt es an einer Kostenbelastung der Leistungsberechtigten. Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet dann aus. Stattdessen kommt ein Anspruch der Leistungsberechtigten auf Freistellung von ihrer Zahlungsverpflichtung in Betracht. Dieser Anspruch ist dann auf eine Zahlung der Krankenkasse unmittelbar an die Leistungserbringenden gerichtet.

Im Übrigen gelten für diesen Anspruch die Ausführungen unter 12.2.1 und 12.2.2 entsprechend.

12.4 Kostenübernahme

Sind Leistungsberechtigte bezüglich der fiktiv genehmigten Leistung noch keine verbindliche Vereinbarung mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung eingegangen (keine Selbstbeschaffung), können sie verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten für die Leistung dem Grunde nach vorab übernimmt und nach der Inanspruchnahme der Leistung unmittelbar mit den Leistungserbringenden abrechnet. Die Krankenkasse hat dazu eine Kostenübernahmeerklärung zu erteilen, mit der sie die Abrechnungsfähigkeit der Leistung und einen Vergütungsanspruch der Leistungserbringenden gegen sie dem Grunde nach anerkennt.

Die Ausführungen unter 12.2.1 (dritter Absatz) und 12.2.2 gelten für den Anspruch auf Kostenübernahme entsprechend.

13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

So wie ein von der Krankenkasse erlassener und bekannt gegebener Verwaltungsakt, bleibt auch eine fingierte Genehmigung wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. § 39 Abs. 2 sowie §§ 45, 47 und 48 SGB X).

Ein Rückgriff auf die Regelungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) zur entsprechenden Anwendung auf Rücknahmen fingierter Genehmigungen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V nach § 45 SGB X kommt nicht in Betracht. Ausgenommen hiervon sind lediglich differenzierte Rückgriffe auf ergänzende allgemeine Grundsätze des VwVfG, wie z. B. das Erfordernis der hinreichenden Bestimmtheit eines Antrages nach § 13 Abs. 3a SGB V (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 36/18 R).

13.1 Aufhebung der fingierten Genehmigung

Eine Ablehnung der Leistung, die von der Krankenkasse nach dem Ablauf der Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder 4 SGB V bekanntgegeben wird, stellt noch keine Aufhebung der fingierten Genehmigung dar. Dafür bedarf es vielmehr eines ausdrücklichen Aufhebungsbescheids. Ergeht der Aufhebungsbescheid nach dem Erlass eines verfristeten Ablehnungsbescheids, der bereits Gegenstand eines Widerspruchs-, Klage- oder Berufungsverfahrens ist, wird der Aufhebungsbescheid automatisch Gegenstand des jeweils anhängigen Verfahrens (vgl. § 86 SGG und § 96 Abs. 1 i.V.m. § 153 Abs. 1 SGG).

Derzeit kann hinsichtlich des Prüfungsmaßstabs für die Aufhebung einer fingierten Genehmigung, insbesondere deren Rücknahme nach § 45 SGB X (rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt), noch nicht von einer einheitlichen Auffassung der für die Revisionsverfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V zuständigen Senate des Bundessozialgerichts ausgegangen werden.

Nach Ansicht des für die meisten leistungsrechtlichen Verfahren zuständigen 1. Senats des BSG kann eine Krankenkasse eine fingierte Leistungsgenehmigung nur aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Maßstab für die Rechtmäßigkeitsprüfung der fingierten Genehmigung und deren Bestandskraft könnten somit nur die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V selbst sein (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R). Wenn diese vorliegen, fehle es an der Rechtswidrigkeit der fingierten Genehmigung (begünstigender Verwaltungsakt) als Grundvoraussetzung für deren Rücknahme nach § 45 SGB X. Die Voraussetzungen der mit dem Antrag geltend gemachten Leistung sollen dagegen für die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung ohne Belang sein.

Zur Begründung verweist der 1. Senat auf die Systematik und den Zweck der Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V, die einen eigenen Anspruch des Antragstellers begründe, der ihm allein kraft der

Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V durch einen fingierten Verwaltungsakt zustande. Der Gesetzgeber sei damit bewusst über die Möglichkeiten einer sachleistungsersetzenden Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V hinausgegangen. Dieser eigene Anspruch könne daher rechtmäßig auch eine (nicht offensichtlich) außerhalb des Leistungskatalogs befindliche Leistung betreffen, auf die der Antragsteller sonst keinen materiell-rechtlichen Anspruch habe.

Im Gegensatz dazu neigt der für Verfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zuständige 3. Senat des BSG zu der Auffassung, dass die Voraussetzungen für eine rechtmäßige Aufhebung der fingierten Genehmigung an dem materiell-rechtlich genehmigten Leistungsanspruch zu bemessen seien (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R). Auch auf eine fingierte Genehmigung fänden die allgemeinen Regelungen zur Bestandskraft und Aufhebung von Verwaltungsakten (§§ 39 ff., 44 ff. SGB X) Anwendung. Die Bestandskraft einer solchen (nur) fingierten Genehmigung könne nicht stärker sein als die einer ausdrücklich mittels eines formellen Verwaltungsakts erteilten Genehmigung. Nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V werde lediglich der Erlass der Genehmigung selbst fingiert, nicht aber deren Rechtmäßigkeit.

Die Krankenkasse müsste daher die Möglichkeit haben, eine fingierte Genehmigung, die der objektiven Rechtslage widerspreche, genauso aufzuheben, als wäre eine solche Genehmigung im Wege eines formellen begünstigenden Verwaltungsakts erlassen worden. Dabei habe grundsätzlich eine Abwägung mit Gesichtspunkten des Vertrauensschutzes des Betroffenen entsprechend §§ 44 ff. SGB X zu erfolgen. Habe der Versicherte also auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung nach dem Recht der GKV keinen Sachleistungsanspruch, könne die fingierte Genehmigung unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X jedenfalls dann zurückgenommen werden, solange er sich die Leistung noch nicht selbst beschafft und noch keine Kosten veranlasst habe.

13.2 Erledigung auf andere Weise

Eine Genehmigung (Verwaltungsakt) kann sich auf andere Weise im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB X erledigen, wenn deren Bestand für die Adressatin oder den Adressaten erkennbar von vornherein an den Bestand einer bestimmten Situation gebunden ist. Besteht diese Situation nicht mehr, verliert die Genehmigung in der Regel ihre Wirksamkeit, ohne dass es dazu eines Aufhebungsbescheides bedarf.

Dementsprechend kann sich auch die fingierte Genehmigung einer Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V auf andere Weise als durch eine Aufhebung erledigen, wenn etwa die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher – den Antragstellenden bekannte – Einschätzung vollständig geheilt ist. Durch diese Änderung der Sachlage verbleibt für die fiktive Genehmigung kein Anwendungsbereich mehr und sie wird gegenstandslos. Denkbar ist eine Erledigung nach dem Eintritt einer fiktiven Genehmigung aber auch dann, wenn die Krankheit noch nicht vollständig geheilt ist und sich die Ausprägung oder Schwere der Krankheit soweit verändert haben, dass

Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

die Leistung in ihrer zuvor beantragten Form zum Zeitpunkt ihrer Beschaffung auch subjektiv nicht mehr erforderlich gewesen wäre.

Die Genehmigungsfiktion gilt stets nur bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses.

14. Inkrafttreten/Übergangsregelung

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Da Übergangsregelungen nicht vorgesehen sind, gilt § 13 Abs. 3a SGB V für alle in Frage kommenden Leistungen, die nach dem 25.02.2013 beantragt werden.