

## VERTRAGSARZTRECHT

## Kasse reagiert zu spät und muss erbrachte Leistung wegen Fiktion der Genehmigung zahlen

von RA, FA für MedR, Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann,  
Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund ([www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de))

Das SG Augsburg hat eine gesetzliche Krankenkasse verurteilt, die einer Patientin vom Dermatologen empfohlene Entfernung eines Haarwuchses an Oberlippe und Wange mittels Laserepilation zu erstatten. Die Kasse hatte auf einen Antrag der Patientin, die Leistung zu zahlen, nicht binnen der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten kurzen Fristen reagiert, sodass die beantragte Leistung als genehmigt gilt (SG Augsburg 27.11.14, S 12 KR 183/14).

### ■ § 13 Abs. 3a SGB V im Wortlaut

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. [...] Kann die Krankenkasse Fristen [...] nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. [...]“

### 1. Der Fall des SG Augsburg

Die Patientin leidet an Haarwuchs an Oberlippe und Wange. Die behandelnden Dermatologen empfahlen bei hormonell bedingtem Erkrankungsbild eine Behandlung mittels Laserepilation. Die Patientin beantragte diese Leistung mit Kosten von ca. 600 EUR mit einem Empfehlungsschreiben der Ärzte am 11.6.13 bei ihrer Krankenkasse. Die Krankenkasse band den MDK ein, der sich Anfang Juli ablehnend äußerte. Die Laserepilation sei im EBM nicht verankert, eine Erlaubnis des Gemeinsamen Bundesausschusses liege nicht vor. Es handle sich daher um keine Kassenleistung. Es stünde als zugelassene Alternative die Nadelepilation zur Verfügung. Diese lehnte die Patientin aus Angst vor Narben und Schmerzen ab. Am 22.7.13 lehnte die Krankenkasse die Kostenübernahme ab.

### 2. Die Entscheidung des SG Augsburg

Zwar bestehe materiell-rechtlich an sich kein Anspruch, da die Laserepilation keine GKV-Leistung sei. Die Kasse müsse aber gleichwohl zahlen, weil – so das SG – der Antrag der Patientin nicht binnen der in § 13 Abs. 3a SGB V verankerten Frist beschieden worden war und damit nach S. 6 der Regelung der Antrag als genehmigt gilt.

Kasse wies Antrag ab, da es sich nicht um eine GKV-Leistung handelte

Gericht befand Frage nach GKV-Leistung als nicht relevant für die Entscheidung

Der konkrete Antrag der Patientin wurde hier am 11.6.13 gestellt. Die aufgrund der Einschaltung des MDK fünfjährige Frist war daher am 16.7.13 abgelaufen. Die Fiktionswirkung sei daher eingetreten. Dem stehe nach Überzeugung des SG Augsburg nicht entgegen, dass die Laserepilation keine GKV-Leistung sei.

Nach dem klaren Wortlaut der Regelung gewähre Satz 6 einen (vollumfänglichen) Sachleistungsanspruch, während Satz 7 (nur) einen Kostenerstattungsanspruch gewähre. Der Gesetzgeber sei im Gesetzgebungsverfahren nachweislich noch vom zunächst beabsichtigten Kostenerstattungsanspruch nach Fristsetzung durch den Patienten abgewichen und habe die Regelung in Satz 7 umgestaltet. Dadurch wollte der Gesetzgeber offensichtlich die Benachteiligung eines Versicherten, der finanziell nicht in der Lage ist, die begehrte Leistung vorzufinanzieren und später einen Kostenerstattungsanspruch geltend zu machen, gegenüber einem gut gestellten Versicherten beseitigen. Mit der Genehmigungsfiktion seien daher alle Einwendungen der Kasse gegen einen Anspruch ausgeschlossen.

**PRAXISHINWEISE** | Der mit dem Patientenrechtegesetz zum 26.2.13 eingeführte § 13 Abs. 3a SGB V hat in der vertragsärztlichen Versorgung bislang nur ein Schattendasein geführt. Dies ist erstaunlich, weil über diese Norm möglicherweise nicht nur für Patienten, sondern auch für Vertragsärzte zweifelhaft und damit regressträchtige Verordnungen genehmigt und damit aus der Regresszone verbracht werden können. Kurz vor Einführung des § 13 Abs. 3a SGB V hatte das Bundessozialgericht (BSG) nochmals betont, dass die Krankenkassen den Vertragsärzten in Fällen unklarer Verordnungen, insbesondere auch bei einem medizinisch umstrittenen Arzneimitteleinsatz, eine Vorabprüfung ermöglichen müssen, um das Risiko eines Regresses für den Arzt auszuschließen. Ein gängiger Weg bestehe darin, dass der Vertragsarzt ein Privatrezept ausstelle und den Patienten an seine Krankenkasse verweise (BSG 20.2.13, B 6 KA 27/12). Diese Option ist mit Blick auf die Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V, der nach den Vorstellungen des Gesetzgebers generalpräventiv der Beschleunigung des Verfahrens dienen soll, nunmehr ein scharfes Schwert geworden, das von Vertragsärzten in entsprechenden Fällen gezielt in Abstimmung mit den Patienten eingesetzt werden kann.

Hinzuweisen ist aber darauf, dass in der seither ergangenen Rechtsprechung – meist zu Fragen der Hilfsmittelerstattung – umstritten ist, ob die Fiktionswirkung des § 13 Abs. 3a SGB V auch für Leistungen gilt, die wie vorliegend außerhalb des GKV-Systems liegen. Weiter ist auch umstritten, ob die „erforderliche“ Leistung, deren Genehmigung fingiert wird, nur eine „wirtschaftliche“ Leistung ist (dafür etwa LSG NRW L 5 KR 222/14 B ER, SG Mannheim S 9 KR 3174/13, dagegen etwa LSG NRW L 16 KR 154/14 B ER). Beide Fragen müssen bei konsequenter Gesetzesbetrachtung zugunsten des Versicherten beantwortet werden, anderenfalls bliebe der erkennbare Wille des Gesetzgebers ebenso wie der Gesetzeswortlaut unbeachtet. Würde über das Wort „erforderlich“ eine Beschränkung auf „wirtschaftliche“ Leistungen herbeigeführt, würde durch die Hintertür eine nachträgliche Prüfung der Leistungsvoraussetzung eingeführt. § 13 Abs. 3a SGB V bliebe dann aber ohne neuen Regelungsgehalt, was offenkundig nicht gewollt war und ist. Patientenrechte gehen vor – davon profitieren auch Vertragsärzte.

**Genehmigungsfiktion macht Einwände der Kasse obsolet**

**Nutzen Sie die Regelung zur Vermeidung von Regressen**

**Patientenrechte gehen vor!**

Entscheidung über Leistungsanträge nach § 13 Abs. 3a SGB V

