

L 8 KR 372/16

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 2 KR 145/15
Datum
27.06.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 372/16
Datum
23.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Hinweis der Krankenkasse, dass sie „bereits aktiv sei“, jedoch erst endgültig entscheiden könne, wenn sie die noch „fehlenden Informationen des medizinischen Beraters“ erhalten habe, vermag den Leistungsempfänger hinreichend deutlich davon in Kenntnis zu setzen, dass eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wurde und die Krankenkasse aus diesem Grund nicht dazu in der Lage sein wird, die Drei-Wochen-Frist einzuhalten.

Die Verpflichtung zur Unterrichtung bezieht sich nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut des [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) nur auf die Notwendigkeit der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme als solche, so dass es hierbei keiner konkreten Ausführung bedarf, ob diese Stellungnahme bei dem MDK oder einer anderen Einrichtung bzw. Person eingeholt wird.

Die Erfüllung der der Hinweispflicht nach [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) erfordert nicht die taggenaue Abschätzung der Dauer des Bestehens des Hinderungsgrundes.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 27. Juni 2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Beklagten, die Klägerin mit einer Myo-Orthese WalkAide zu versorgen.

Die 1966 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Aufgrund eines 2002 erlittenen Hirninfarkts mit rechtsseitiger Hemiparese und Fußheberschwäche besteht bei ihr eine Gehbehinderung mit Unsicherheit und Sturzneigung. Weiterhin wurde bei ihr eine Grand-Mal-Epilepsie diagnostiziert.

Am 14. Januar 2014 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage einer ärztlicher Verordnung der Praxis Dr. C./D. sowie eines Kostenvoranschlags der Fa. E. GmbH in Höhe von 4.726,08 EUR die Versorgung mit einer Myo-Orthese WalkAide. Die Beklagte fragte daraufhin am 30. Januar 2014 beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) an, ob die beantragte Versorgung medizinisch erforderlich sei. Der Klägerin wurde von der Beklagten am gleichen Tag schriftlich mitgeteilt: "Ihre Anfrage haben wir erhalten. Gerne teilen wir Ihnen mit, dass wir bereits für Sie aktiv sind. Erst wenn wir die fehlenden Informationen des medizinischen Beraters erhalten haben, können wir endgültig entscheiden. Wir benachrichtigen Sie dann umgehend. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis und bitten Sie noch um etwas Geduld." In einer Stellungnahme für den MDK vom 3. Februar 2014 kam der Sachverständige Dr. F. nach Aktenlage zu dem Ergebnis, dass das beantragte Hilfsmittel nicht geeignet und nicht notwendig sei. Es sei nicht zur Behandlung der Krankheit erforderlich und diene auch nicht dem Ausgleich einer Behinderung. Hierfür sei eine konfektionierte Fußheberorthese ausreichend. Ein therapeutischer Nutzen und die Wirksamkeit bzw. Überlegenheit des verordneten Produkts seien nicht belegt. Mit Bescheid vom 13. Februar 2014 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin aufgrund des Ergebnisses der Stellungnahme des MDK ab. Hiergegen legte die Klägerin am 17. März 2014 Widerspruch ein, welchen sie u.a. damit begründete, dass die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a S. 6](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) erfüllt seien. Die Beklagte holte im Widerspruchsverfahren erneut eine medizinische Stellungnahme des MDK vom 8. Mai 2014 ein. Danach könne die Kostenübernahme für das verordnete WalkAide-

System nicht als sachgerecht und begründet angeraten werden. Der therapeutische Nutzen des Produkts bzw. die Überlegenheit gegenüber herkömmlichen Unterschenkelorthesen/Fußheberorthesen seien nicht belegt. Eine medizinische Indikation für diese Versorgung könne nicht nachvollzogen werden. Die Versorgung sei nicht notwendig. Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 25. März 2015 zurück. Zur Begründung führte sie aus, das Hilfsmittel diene nicht dem unmittelbaren, sondern lediglich dem mittelbaren Behinderungsausgleich. Der therapeutische Nutzen und die Wirksamkeit seien nicht belegt. Als Alternative komme eine konfektionierte Fußheberorthese, z.B. im Sinne einer Carbonfederorthese in Betracht. Die Genehmigungsfiktion sei nicht eingetreten, da der ablehnende Bescheid nach der Stellungnahme des MDK innerhalb der einschlägigen 5 Wochen-Frist ergangen sei.

Die Klägerin hat am 14. April 2015 Klage vor dem Sozialgericht Wiesbaden erhoben. Es handle sich bei dem Hilfsmittel um ein solches, welches dem unmittelbaren Behinderungsausgleich diene. Durch die Myo-Orthese WalkAide werde die beeinträchtigte Körperfunktion, nämlich die Fußheberschwäche, ausgeglichen. Im Übrigen sei das begehrte Hilfsmittel den vorgeschlagenen Alternativen weit überlegen.

Das Sozialgericht hat Befundberichte von der Hausärztin der Klägerin, Dr. C. vom 13. Juli 2015 sowie der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. vom 29. Juni 2015 eingeholt.

Das Sozialgericht Wiesbaden hat mit Urteil vom 27. Juni 2016 festgestellt, dass der Antrag der Klägerin auf Gewährung einer Myo-Orthese WalkAide als Sachleistung vom 14. Januar 2014 gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) als genehmigt gelte. Die Klägerin habe ein berechtigtes Interesse an der Feststellung, dass ihr Antrag vom 14. Januar 2014 auf Versorgung mit einer Myo-Orthese WalkAide als genehmigt gelte, da mit der gerichtlichen Feststellung des Eintritts der Genehmigungsfiktion die Klägerin sich die begehrten Leistungen ohne Kostenrisiko selbst beschaffen und Kostenerstattung gegenüber der Beklagten geltend machen könne und sie ansonsten im Hinblick auf die grundsätzliche Einhaltung des Beschaffungsweges im Sinne von [§ 13 SGB V](#) das Kostenrisiko selbst tragen müsse. Vom Bescheid der Beklagten vom 13. Februar 2014 könne keine Rechtswirkungen mehr ausgehen, denn eine durch Eintritt der Genehmigungsfiktion bereits bewilligte Leistung könne nicht mehr abgelehnt werden, sondern nur nach den [§§ 45 ff. SGB X](#) aufgehoben werden. Jedoch handle es sich bei dem ablehnenden Bescheid um einen zwar rechtswidrigen, aber nicht unwirksamen Bescheid. Die Klägerin habe daher ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der Genehmigungsfiktion, denn die Fiktion der Genehmigung sei im Gegensatz zu einem schriftlichen Verwaltungsakt nicht nach außen gerichtet erkennbar. Der Zulässigkeit der Feststellungsklage stehe auch nicht der Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber einer Gestaltungs- oder Leistungsklage entgegen. Im vorliegenden Fall wäre eine auf Verurteilung der Beklagten zur Versorgung mit einer Myo-Orthese WalkAide als Sachleistung gerichtete reine Leistungsklage unzulässig, da die Beklagte ihre Leistungspflicht durch Verwaltungsakt abgelehnt habe. Auch eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage könne vorliegend nicht einen einfacheren und effektiveren Rechtsschutz bieten. Da auf der Beklagtenseite eine juristische Person des öffentlichen Rechts stehe, könne davon ausgegangen werden, dass die an Recht und Gesetz gebundene Verwaltung auch ohne den Druck der Vollstreckung aus einem Leistungsurteil den festgestellten Anspruch der Klägerin befriedige. Die Klage sei auch begründet, da die von der Klägerin bei der Beklagten am 14. Januar 2014 beantragte Versorgung mit einer Myo-Orthese WalkAide gemäß [§ 13 Absatz 3a Satz 6 SGB](#) als genehmigt gelte. Die Regelung sei aufgrund der Antragstellung am 14. Januar 2014 anwendbar, da nach dem maßgeblichen intertemporalen Recht die Regelung für Anträge auf künftig zu erbringende Leistungen gelte, die von den Berechtigten ab dem 26. Februar 2013 gestellt worden seien. Die Klägerin habe bei der Beklagten auch einen hinreichend bestimmten Antrag auf Versorgung mit der Walk Aide Myo-Orthese gestellt, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liege. Diesen Antrag habe Beklagte nicht innerhalb der Frist des [§ 13 Abs. 3a S 1 SGB V](#) beschieden, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Die beantragte Leistung unterfalle ihrer Art nach dem Leistungskatalog der GKV und die Klägerin habe aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags durch die behandelnde Neurologin das beantragte Hilfsmittel für geeignet und erforderlich halten dürfen. Die Beklagte habe den Antrag nicht innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen nach [§ 13 Abs. 3a S 1 SGB V](#) beschieden, ohne der Klägerin hinreichende Gründe für die Überschreitung der Frist mitzuteilen. Nach dem Inhalt der vorgelegten Verwaltungsakte sei die Frist von drei Wochen maßgeblich, weil die Beklagte die Klägerin nicht über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme unterrichtet habe ([§ 13 Abs. 3a S 2 SGB V](#)). Ohne diese gebotene Information könne der Leistungsberechtigte nach Ablauf von drei Wochen annehmen, dass sein Antrag als genehmigt gelte (Bezugnahme auf Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 8. März 2016, [B 1 KR 25/15](#), juris). Die Frist habe nach [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1 BGB](#) am 15. Januar 2014 begonnen, da der Antrag der Klägerin der Beklagten am 14. Januar 2014 zugegangen sei. Die Frist habe gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 188 Abs. 2 BGB](#) am 4. Februar 2014 geendet. Die Beklagte habe erst später, am 13. Februar 2014, über den Antrag entschieden. Soweit von der Beklagten im Nachgang zur mündlichen Verhandlung das Schreiben an die Klägerin vom 30. Januar 2014 vorgelegt worden sei, habe dies bei der Entscheidungsfindung keine Berücksichtigung mehr finden können. Allerdings sei auch das Schreiben der Beklagten vom 30. Januar 2014 nicht geeignet, die Frist des [§ 13 Abs. 3 a S. 1 Alt. 2 SGB V](#) auszulösen. Darin fehle es an einer ausdrücklichen und verständlichen Mitteilung eines Grundes für die fehlende Einhaltung der Frist. Aus dem Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a S 2 SGB V](#) ergebe sich, dass der Leistungsberechtigte über die Einholung der gutachterlichen Stellungnahme informiert werden müsse. Vorliegend habe die Beklagte aber nicht über die Einholung der gutachterlichen Stellungnahme informiert, sondern der Klägerin lediglich allgemein mitgeteilt, dass von ihr erst endgültig entschieden könne, wenn sie die fehlenden Informationen des medizinischen Beraters erhalte. Dies sei ohne genauere Kenntnis der gesetzlichen Vorschriften nicht geeignet, einen Leistungsberechtigten darauf hinzuweisen, dass noch eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt werde und daher innerhalb von 5 Wochen über den Antrag entschieden werden müsse. Auch fehle der Hinweis, dass die Beklagte innerhalb der 5-Wochen-Frist zu entscheiden habe. Es sei also - entgegen dem Gesetzeswortlaut - weder klaggestellt, dass die gesetzliche vorgesehene 5-Wochen-Frist hier überhaupt einschlägig sei, noch dass sie nicht eingehalten werden könne.

Das Urteil ist am 15. Juli 2015 an die Beklagte zugestellt worden. Die Berufung der Beklagten ist am 2. August 2015 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass ihr Schreiben vom 30. April 2014 geeignet gewesen sei, die Klägerin bzw. ihre Mutter als Betreuerin darüber zu unterrichten, dass vor der abschließenden Entscheidung noch eine medizinische Stellungnahme des MDK eingeholt werden musste. Dieses Schreiben werde den Anforderungen des [§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) gerecht. Hierfür sei selbst eine mündliche Unterrichtung ausreichend (Verweis auf Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 13 SGB V](#), Rn. 63). Im Übrigen folge aus aktuellen Entscheidungen des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (hinsichtlich Medizinal-Canabisblüten vom 29. April 2016 - [L 4 KR 4368/15](#) sowie zur Liposuktion vom 13. September 2016 - [L 4 KR 320/16](#)), dass die Genehmigungsfiktion nur eingreife, wenn sich der Antrag des Versicherten auf Leistungen beziehe, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der GKV gehörten, die von den Krankenkassen also allgemein als Sach- und Dienstleistungen zu erbringen seien. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Insoweit habe der 1. Senat des Hessischen

Landessozialgerichts durch Urteil vom 14. April 2016 ([L 1 KR 277/13](#)) entschieden, dass die Kosten für eine Myo-Orthese WalkAide von der GKV nicht zu übernehmen seien, da der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit nicht erbracht sei.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 27. Juni 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, das Schreiben vom 30. Januar 2014 werde den gesetzlichen Anforderungen des [§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) nicht gerecht. Inhaltlich verweise das betreffende Schreiben darauf, dass die Beklagte in Erwartung fehlender Informationen des medizinischen Beraters gestanden habe und um weitere Geduld gebeten werde. Ob es sich bei dem medizinischen Berater um einen Mitarbeiter des MDK gehandelt habe, bleibe offen. Der MDK selbst werde namentlich in diesem Schreiben nicht erwähnt. Darüber hinaus werde ein etwaig hinreichender Grund nicht im erforderlichen Maße konkretisiert, was speziell die zeitliche Dimension betreffe. Der Entscheidung des BSG vom 8. März 2016 (Az.: [B 1 KR 25/15 R](#)) lasse sich entnehmen, dass die Mitteilung eines solchen Grundes notwendig mit einer vom Kostenträger zu prognostizierenden taggenauen Dauer des Bestehens eines solchen Grundes verbunden sein müsse. Jedenfalls daran kranke das Schreiben vom 30. Januar 2014 in inhaltlicher Hinsicht. Dem Adressaten dieses Schreibens habe nicht klar sein können, dass und wie lange auf eine gutachterliche Stellungnahme zu warten sei. Zudem sei nicht erkennbar, dass die am 4. Februar 2014 endende Frist hierdurch nicht eingehalten werden könne.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen ist. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung ohne mündliche Verhandlung, nachdem sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und auch in der Sache begründet. Das Urteil des Sozialgerichts vom 27. Juni 2016 kann keinen Bestand haben, da die Klägerin gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Versorgung mit der streitgegenständlichen Myo-Orthese WalkAide hat. Dieser ergibt sich auch nicht aufgrund des Eintritts der sog. Genehmigungsfiktion, so dass die Beklagte die Leistungsgewährung mit Bescheid vom 13. Februar 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2015 zu Recht abgewiesen hat.

Entgegen der Ausführungen des Sozialgerichts ist die erstinstanzlich erhobene Feststellungsklage der Klägerin mangels Feststellungsinteresse unzulässig, da diese ihren behaupteten Sachleistungsanspruch sowohl nach den betreffenden materiellrechtlichen Anspruchsgrundlagen als auch auf der Grundlage des von ihr geltend gemachten Eintritts der Genehmigungsfiktion gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage verfolgen kann. Allerdings mangelt es auch insoweit am Vorliegen der gesetzlichen Anspruchsgrundlagen.

Maßgebende Vorschrift für die behauptete Leistungspflicht der Beklagten im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Nicht entscheidend für den Versorgungsanspruch ist, ob das begehrte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis ([§ 139 SGB V](#)) gelistet ist, denn es handelt sich bei diesem Verzeichnis nicht um eine abschließende Regelung im Sinne einer Positivliste (Thüringer Landessozialgericht, Urteil vom 23. August 2016 - [L 6 KR 1037/13](#) -, juris). Ein Hilfsmittel, das im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführt ist, muss zu seiner Verordnungsfähigkeit allerdings durch medizinisch-technische Studien in seiner Wirksamkeit nachgewiesen sein. Daran fehlt es vorliegend bei der Myo-Orthese WalkAide (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. April 2015 - [L 1 KR 277/13](#) -, juris). Hinsichtlich der Bestimmung eines Hilfsmittels zum Ausgleich einer Behinderung im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) dritte Variante SGB V wird zwischen dem unmittelbaren und dem mittelbaren Behinderungsausgleich unterschieden. Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich dient das Hilfsmittel unmittelbar dem Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst, während im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs das Hilfsmittel zum Ausgleich der direkten und indirekten Behinderungsfolgen eingesetzt wird. Diese Differenzierung ist notwendig, weil unter Einbeziehung einer historischen Betrachtung unzweifelhaft ist, dass der Ausfall einer Körperfunktion den Krankheitsbegriff in der GKV erfüllt, und es daher zum Aufgabenbereich der GKV gehört, ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen soweit wie möglich wiederherzustellen oder zu verbessern. Beim mittelbaren Behinderungsausgleich geht es demgegenüber darum, einem behinderten Menschen, dessen Beeinträchtigung durch medizinische Leistungen einschließlich des Einsatzes von Hilfsmitteln nicht weiter behoben werden kann, das Leben mit den Folgen dieser Beeinträchtigung zu erleichtern (BSG, Urteil vom 30. September 2015 - [B 3 KR 14/14 R](#) -, juris, Rn. 18). Insoweit wurde vom MDK im Gutachten vom 24. April 2014 zutreffend festgestellt, dass es sich bei der Myo-Orthese WalkAide um ein Hilfsmittel handelt, das im Rahmen eines Behandlungskonzeptes für den mittelbaren, indirekten Behinderungsausgleich eingesetzt werden soll. Es dient dabei nicht dem unmittelbaren, direkten Behinderungsausgleich, da das Gehen der Klägerin eingeschränkt möglich ist. Bei Mitteln, die nicht dem direkten Behinderungsausgleich dienen, sondern die zur Sicherung der ärztlichen Behandlung und im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleiches eingesetzt werden, sind der therapeutische Nutzen und die Wirksamkeit für die beanspruchten Indikationen nach [§ 139 SGB V](#) zu belegen. Weiterhin besteht kein Anspruch auf ein teureres Hilfsmittel, soweit die kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell in gleicher Weise geeignet ist (BSG, a.a.O.). Aufgrund der nachvollziehbaren und seitens der Klägerin nicht in Abrede gestellten Ausführungen des MDK im Gutachten vom 24. April 2014 steht es für den Senat fest, dass der therapeutische Nutzen und die Wirksamkeit des WalkAide-Systems bisher nicht im Sinne einer evidenzbasierten Medizin anhand kontrollierter, prospektiver, randomisierter Studien belegt ist. Darüber hinaus ist nicht gesichert, ob die verordnete Myo-Orthese in der Lage ist, bei einer komplexen, zentralneurologischen Störung einen auszeichnenden Behandlungserfolg zu erzielen, da lediglich isoliert die

Fußhebermuskulatur stimuliert wird. Ein Einfluss auf die hier vorliegende zentralneurologische Störung, auf den damit verbundenen veränderten Muskeltonus und die Störung von Gleichgewicht, Bewegungskoordination und Symmetrie ist durch das WalkAide System nicht möglich. Damit sind zur Überzeugung des Senats im Anschluss an das Ergebnis der vorliegenden MDK-Gutachten der therapeutische Nutzen dieses Produktes sowie die Überlegenheit gegenüber einer herkömmlichen Unterschenkel- bzw. Fußheberorthese nicht belegt. Darüber hinaus wurde von der Beklagten zutreffend darauf hingewiesen, dass die Myo-Orthese Walk-Aide aufgrund der vorliegenden Epilepsie der Klägerin kontraindiziert ist. In dem Benutzerhandbuch des Herstellers wird insoweit auf Seite 3 unter der Überschrift "Gegenanzeigen" ausdrücklich von der Verwendung des Geräts gewarnt, "wenn die Anamnese des Patienten Informationen zu einem Anfallsleiden enthält". Auf Seite 5 des Benutzerhandbuchs werden entsprechende Warnhinweise für Nutzer erteilt, die unter Schwindelanfällen oder Gleichgewichtsstörungen leiden. Nach dem erstinstanzlich eingeholten Befundbericht der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. sowie der beigefügten ärztlichen Behandlungsunterlagen leidet die Klägerin unter einer symptomatischen Epilepsie bzw. Grand-Mal-Epilepsie, so dass zur Überzeugung des Senats von einer Kontraindikation hinsichtlich der Nutzung der Myo-Orthese Walk-Aide auszugehen ist.

Der Anspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus der verspäteten Entscheidung der Beklagten auf den Leistungsantrag. Gemäß [§ 13 Abs. 3 a SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, 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 ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a S 3 SGB V](#)). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt ([§ 13 Abs. 3a S. 4 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a S 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3a S 7 SGB V](#)). Für Leistungen zur medizinischen Reha gelten abweichend die [§§ 14, 15 SGB IX](#) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen ([§ 13 Abs. 3a S 9 SGB V](#)).

Insoweit bestehen zunächst keine Zweifel, dass es sich bei dem Leistungsantrag vom 14. Januar 2014 um einen "fiktionsfähigen", hinreichend bestimmten Antrag handelt, da das begehrte Hilfsmittel und die betreffende Indikation hierbei konkret bezeichnet waren und insbesondere in der nachfolgenden Prüfung durch den MDK keine Rückfragen oder Ergänzungen erforderlich waren. Entgegen der Ansicht der Beklagten steht dem Eintritt der Genehmigungsfiktion auch nicht entgegen, dass es sich bei der Myo-Orthese WalkAide um ein Hilfsmittel handelt, das nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst ist, da es insoweit am wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit mangelt. Der Antrag der Klägerin betraf eine Leistung, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag. Zwar setzt auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung selbst beschaffen. Diese Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt allerdings lediglich eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen (BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#), juris Rn. 25 f.). Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass aus der vorliegend maßgeblichen Sicht der Mutter der Klägerin die Versorgung ihrer Tochter mit der Myo-Orthese WalkAide offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag. Dagegen spricht insbesondere deren umfangreiche Widerspruchsbegründung vom 31. März 2014, in welcher die Mutter der Klägerin die aus ihrer Sicht bestehende medizinische Notwendigkeit zum Zwecke des Behinderungsausgleichs ausführlich erläuterte. Im Übrigen basiert der Antrag auf einer ärztlichen Verordnung und wurde im erstinstanzlich eingeholten Befundbericht durch die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. G. ausdrücklich befürwortet, so dass die Klägerin bzw. deren Mutter aus deren Sicht die Versorgung ohne weiteres für geeignet und erforderlich halten durften. Weiterhin begehrt die Klägerin weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern die Versorgung mit einer Beinprothese als Gegenstand der Hilfsmittelversorgung.

Damit ist vorliegend der Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eröffnet. Nach dessen Satz 2 ist die Krankenkasse verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme, wenn sie diese für erforderlich hält, d. h. eine entsprechende Grundentscheidung getroffen hat, unverzüglich einzuholen. Über diese verfahrensleitenden Entscheidungen hat die Krankenkasse den Berechtigten unverzüglich zu unterrichten. Die Krankenkasse muss den Leistungsberechtigten "hierüber", d.h. über das Ob der Einholung, unterrichten. Zu erfüllen ist die Pflicht gegenüber demjenigen, der Leistungen beantragt hat. Eine bestimmte Form der Unterrichtung schreibt das Gesetz anders als in Absatz 3a Satz 5 ("schriftlich") nicht vor (Helbig in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 13 SGB V](#), Rn. 63). Die Drei-Wochen-Frist ist maßgebend, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten nicht über die (tatsächlich erfolgte) Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme unterrichtet (BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris Rn. 28). Für dieses Ergebnis, das durch den Gesetzeswortlaut nicht nahegelegt wird, sprechen die gesetzgeberischen Ziele der Beschleunigung und der Transparenz. Die Gesetzesmaterialien heben hervor, dass den Leistungsberechtigten durch die Unterrichtung Klarheit darüber verschafft werden soll, ob die Drei-Wochen-Frist oder die Fünf-Wochen-Frist gilt ([BT-Drs. 17/10488, S. 32](#); Helbig a.a.O., Rn. 63.2). Dabei müssen die Ausführungen der Krankenkasse für den Patienten, dessen Rechte durch Absatz 3a gestärkt werden sollen, verständlich sein (Noftz in Hauck/Noftz, SGB, 11/16, [§ 13 SGB V](#), Rn. 65).

Den vorgenannten Anforderungen wird die Mitteilung der Beklagten an die Klägerin vom 30. Januar 2014 gerecht. Der Hinweis, dass die Beklagte "bereits aktiv sei", jedoch erst endgültig entscheiden könne, wenn sie die noch "fehlenden Informationen des medizinischen Beraters" erhalten habe, vermochte die Klägerin hinreichend deutlich davon in Kenntnis zu setzen, dass von der Beklagten eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wurde und sie aus diesem Grund nicht dazu in der Lage war, die Drei-Wochen-Frist einzuhalten. Die Verpflichtung zur Unterrichtung bezieht sich nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut des [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) nur auf die Notwendigkeit der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme als solche, so dass es hierbei keiner konkreten Ausführung bedarf, ob diese Stellungnahme bei dem MDK oder einer anderen Einrichtung bzw. Person eingeholt wird. Für die Erfüllung der der Hinweispflicht nach [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#) kommt es schließlich auch nicht maßgeblich darauf an, dass in dem Schreiben keine taggenaue Abschätzung der Dauer des Bestehens des Hinderungsgrundes enthalten ist. Diese Obliegenheit trifft die Beklagte allein im Rahmen der Hinweispflicht nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) im Falle der Unmöglichkeit, die einschlägige Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) einzuhalten, nicht hingegen bezüglich der Mitteilung zur Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme, welche die 5-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 2](#). Alt SGB V begründet (Helbig, a.a.O., Rn. 67.1, Schuler in LPK-SGB V, 5. Auflage 2016, [§ 13](#), Rn. 18).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt bezüglich der außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens der Entscheidung in der Hauptsache. Hinsichtlich der Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens war vom Senat zu berücksichtigen, dass die abweichende Entscheidung des Sozialgerichts maßgeblich auf die verspätete Vorlage des erstmals im Nachgang zur mündlichen Verhandlung am 28. Juni 2016 vorgelegten Hinweisschreibens der Beklagten an die Klägerin vom 30. Januar 2014 zurückzuführen ist. Entgegen der Verfügung des Sozialgerichts vom 15. April 2015 wurden von der Beklagten insoweit zunächst nicht sämtliche, den Streitgegenstand betreffende Akten vorgelegt.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-11-08