

L 5 KR 471/15

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 345/15
Datum
24.09.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 471/15
Datum
31.01.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

I. Der Eintritt der Genehmigungsfiktion gem. [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) führt nicht nur zu einem Kostenerstattungsanspruch für eine selbstbeschaffte Leistung, sondern begründet auch einen Sachleistungsanspruch zu Gunsten des Berechtigten.

II. Der Ausnahmetatbestand des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) (Leistungen der medizinischen Rehabilitation) ist eng auszulegen und erfasst Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 SGB V](#) in der Regel nicht.

III. Der Sinn und Zweck des [§ 96 Abs. 1 SGG](#) verlangt eine Einbeziehung des die "Fiktion" zurücknehmenden Bescheides in das Verfahren über die Kostenerstattung bzw. den Sachleistungsanspruch.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 24.09.2015 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte zur Sachleistung eines Elektrorollstuhls B 500 des Herstellers Otto Bock verurteilt wird.

II. Der Bescheid der Beklagten vom 03.12.2015 wird aufgehoben.

III. die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers auch der Berufung.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versorgung des Klägers mit dem Hilfsmittel Elektrorollstuhl Modell B500 Otto Bock.

Der 1958 geborene Kläger ist gesetzlich krankenversichertes Mitglied der Beklagten. Er leidet an arterieller Hypertonie mit femoropoplitealer Bypass OP 2006, an Aorten-Verschlusskrankheit sowie peripherer arterieller Verschlusskrankheit jeweils mit Stent-Versorgung, Oberschenkelamputation Januar 2012, an einer HIV-Infektion Stadium A2 (Erstdiagnose 2009), an Lues Stadium II, an Niereninsuffizienz Stadium IV sowie an Hyperurikämie.

Am 21.11.2014 verordnete ihm die behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin B. G., A-Stadt, einen "Elektrorollstuhl". Ausweislich der Beklagtenakte ging ein entsprechender Kostenvorschlag der als Hilfsmittelerbringer zugelassenen Firma R. GmbH in A-Stadt über eine Fallkostenpauschale von 3.199,30 Euro zusammen mit der ärztlichen Verordnung und am 01.12.2014 bei der Beklagten ein.

Mit Schreiben vom 08.12.2014 übersandte die Beklagte dem Kläger einen Arztfragebogen mit der Bitte, diesen von seinem Arzt ausfüllen zu lassen. Die Krankenkassen müssten bei jedem Antrag prüfen, inwiefern die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung (Gehunfähigkeit bzw. stark eingeschränkte Gehfähigkeit, Benutzung handgetriebener Rollstühle aufgrund der Behinderung nicht mehr möglich) vorliegen. Einen Hinweis auf die Fristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) enthielt das Schreiben nicht. Am 12.12.2014 erstellte die Firma R. GmbH einen zweiseitigen Erprobungsbericht mit dem Elektrorollstuhl Modell B500 Otto Bock, welcher per Fax am 15.12.2014 bei der Beklagten einging.

Als nächstfolgender Aktenvorgang sind zwei Schreiben der Beklagten vom 28.01.2015 dokumentiert, mit welchen diese der Firma R. GmbH sowie dem Kläger mitteilte, sie habe auf eine Anfrage von der Allgemeinmedizinerin G. bisher keine Antwort erhalten, weshalb der Antrag noch nicht bearbeitet werden konnte. Einen Hinweis auf die Nichteinhaltung der Fristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) enthielt das Schreiben nicht. Am 04.02.2014 erstellte die Allgemeinmedizinerin G. den angeforderten ärztlichen Prüfbericht. Am 06.02.2015 veranlasste die Beklagte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). In der Stellungnahme vom 10.02.2015 führte dieser aus, dass eine Versorgung wie bisher mit handbetriebenem Krankenfahrstuhl sowie mit elektrischem Zusatzantrieb (E-Fix) medizinisch ausreichend sei. Mit

Bescheid vom 11.02.2015 lehnte die Beklagte dieser Einschätzung folgend die Leistung des begehrten Elektrorollstuhles ab. Es bestünde keine medizinische Indikation für die beantragte Umversorgung.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Ein handbetriebener Krankenfahrstuhl mit E-Fix-Zusatzantrieb sei nur für den Hausgebrauch oder für Spaziergänge mit Begleitperson geeignet. Der E-Fix-Akku halte nur etwa einen Kilometer, müsse immer wieder kurzfristig aufgeladen werden und sei nur bei trockenem Wetter einsetzbar. Er - der Kläger - benötige einen Elektrorollstuhl, der für eine Strecke in die Stadt zu Arztbesuchen und Freizeitgestaltungen geeignet sei. Die Beklagte erwiderte, dass die Strecken, die mit dem E-Fix-Antrieb zu bewältigen seien, z.B. Einkäufe, Arztbesuche usw. nach entsprechender Recherche für den Kläger in einer Reichweite zwischen 500 und 1000 Meter lägen. Innerhalb dieses Radius seien insbesondere auch Ärzte erreichbar. Der behandelnde Hausarzt sei mit weitester Strecke von fünf Kilometer ebenfalls mit E-Fix-Zusatzantrieb erreichbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.06.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich - wie vorliegend der Rollstuhl - sei von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur bereitzustellen, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitige oder mildere und ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen sei. Insoweit sehe sich die Beklagte an das MDK-Gutachten vom 10.02.2015 gebunden. Das Bundessozialgericht (BSG) habe immer wieder entschieden, dass im mittelbaren Behinderungsausgleich kein Anspruch auf Optimalversorgung bestehe.

Hiergegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Nürnberg erhoben und sein Leistungsbegehren weiterverfolgt. Zur Begründungen hat er im Wesentlichen auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren verwiesen. Mit Urteil vom 24.09.2015 ohne mündliche Verhandlung hat das Sozialgericht die streitgegenständlichen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger mit dem einem Elektrorollstuhl zu versorgen. Der Anspruch ergebe sich bereits daraus, dass die beantragte Leistung als genehmigt gelte gem. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Über den Antrag des Klägers hätte die Beklagte innerhalb von fünf Wochen entscheiden oder dem Kläger begründet schriftlich mitteilen müssen, dass sie die Frist nicht einhalten könne. Mit Schreiben vom 08.12.2014 habe die Beklagte mitgeteilt, dass noch ergänzende Angaben der Allgemeinmedizinerin G. erforderlich seien. Dies entspreche nicht einer begründeten Mitteilung, die Entscheidungsfrist könne nicht eingehalten werden. Da der Antrag des Klägers am 01.12.2014 eingegangen sei, habe die entsprechende Frist am 02.12.2014 zu laufen begonnen und sei jedenfalls am 05.01.2015 abgelaufen. Seither gelte daher die beantragte Leistung als genehmigt. Die Genehmigungsfiktion sei auf das beantragte Hilfsmittel anwendbar sowie in der Rechtsfolge nicht auf Kostenerstattung beschränkt. Hiergegen hat die Beklagte Berufung eingelegt. Eine Genehmigungsfiktion greife nur bei solchen Leistungen, die notwendig, geeignet und ausreichend seien sowie dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen würden. Eine medizinische Indikation für die Versorgung des Klägers mit einem Elektrorollstuhl bestehe gerade nicht. Der Kläger werde mit einem Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Antrieb ausreichend versorgt. Die Genehmigungsfiktion sei auf Kostenerstattung beschränkt. Ein Sachleistungsanspruch könne aus der Vorschrift nicht hergeleitet werden. Im Übrigen sei bereits der tatbestandliche Anwendungsbereich der Norm nicht eröffnet, weil ein Elektrorollstuhl als Hilfsmittel zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zähle, welche [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht erfasse.

Mit Bescheid vom 03.12.2015 hat die Beklagte die Genehmigungsfiktion gem. [§ 45 SGB X](#) zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 24.09.2015 aufzuheben und die auf Sachleistung gerichtete Klage abzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Der Kläger beantragt, die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 24.09.2015 zurückzuweisen und den Rücknahmebescheid der Beklagten vom 03.12.2015 aufzuheben.

Der Kläger hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Ergänzend hat er in der mündlichen Verhandlung vom 31.01.2017 vorgetragen, dass der von der Beklagten im Jahre 2012 nach der stationär vorgenommenen Oberschenkelamputation als Sachleistung gewährte Rollstuhl auf sein damaliges Körpergewicht von 52 Kilogramm zugeschnitten gewesen sei. In der Folgezeit habe er krankheitsbedingt an Gewicht und Körperumfang durch Einlagerung von Wasser zugenommen und zwar auf derzeit 82 Kilogramm. Der handbetriebene Krankenfahrstuhl sei deshalb für ihn zu schmal geworden, eine Verbreiterung sei nicht möglich gewesen. Nach seiner Erinnerung habe auch die Beklagte eine solche abgelehnt. Die Firma R. GmbH habe ihm auch deshalb den streitgegenständlichen Elektrorollstuhl Modell B500 Otto Bock zur Verfügung gestellt und zwar leihweise, ohne ihm dafür etwas in Rechnung zu stellen. Dazu haben die Beteiligten übereinstimmend erklärt, dass in dieser Zurverfügungstellung nicht die strittige Sachleistungsverschaffung zu sehen sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerechte Berufung ist zulässig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, den Kläger mit dem beantragten Elektrorollstuhl zu versorgen. Werden die Fristen im Sinne von [§ 13 Abs. 3a](#) Sätze 1 bis 4 [SGB V](#) nicht eingehalten und erfolgt keine rechtzeitige und ordnungsgemäße schriftliche Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#), gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#). Daraus resultiert vorliegend ein Sachleistungsanspruch auf Hilfsmittelversorgung. Der Ausnahmetatbestand des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) (Leistungen der medizinischen Rehabilitation) ist eng auszulegen und erfasst Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 SGB V](#) in der Regel nicht. Der Rücknahmebescheid vom 03.12.2015 ist bereits wegen nicht ordnungsgemäßer Ermessensausübung rechtswidrig und auf Antrag des Klägers aufzuheben.

I. Streitgegenstand ist ein Sachleistungsanspruch auf Hilfsmittelversorgung mit dem konkret beantragten Elektrorollstuhl Modell B500 des Herstellers Otto Bock. Die derzeitige leihweise Zurverfügungstellung dieses Rollstuhls durch das als Leistungserbringer zugelassene Sanitätshaus R. GmbH erfüllt - auch nach den übereinstimmenden Erklärungen der Beteiligten - den Sachleistungsanspruch nicht. Eine Umstellung in einen Kostenerstattungsantrag ist nicht notwendig, da der Kläger gegenüber dem Leistungserbringer keinem - vertraglichen - Vergütungsanspruch ausgesetzt ist.

II. Der Kläger verfolgt den Sachleistungsanspruch zutreffend mit einer echten Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 5 SGG](#) wegen der

eingetretenen Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) (vgl. SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016 - [S 19 KR 329/16](#); SG Berlin, Urteil vom 19.10.2016 - [S 89 KR 2036/15](#); SG Augsburg, Urteil vom 12.04.2016 - [S 10 KR 50/15](#); SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014 - [S 6 KR 339/13](#); SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014 - [S 7 KR 520/13](#)). Die prozessuale Situation entspricht nämlich dem Fall, dass ein erteilter Bewilligungsbescheid nicht vollzogen wird; auch dann ist eine echte Leistungsklage zulässig, da ein Verwaltungsakt nicht mehr zu ergehen braucht (vgl. [§ 54 Abs. 5 SGG](#)). Zutreffend ist dieses Begehren mit einer Anfechtungsklage gem. [§ 54 Abs. 1 SGG](#) kombiniert im Hinblick auf den Ablehnungsbescheid vom 11.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 25.06.2015 sowie des Rücknahmebescheids vom 03.12.2015.

1. Die Anfechtungsklage gegen den Rücknahmebescheids ist zulässig, da es eines Vorverfahrens hinsichtlich dieses Bescheides in entsprechender Anwendung des [§ 96 SGG](#) nicht bedurfte. Auch im Berufungsverfahren ist [§ 96 SGG](#) anwendbar ([§ 153 Abs. 1 SGG](#)).

a) Zwar ist der Rücknahmebescheid nicht in unmittelbarer Anwendung des [§ 96 Abs. 1 SGG](#) in das Verfahren einbezogen, weil dort nur Fälle erfasst sind, in welchen nach Klageerhebung ein angefochtener Verwaltungsakt durch einen weiteren Verwaltungsakt geändert oder ersetzt wird, der nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergeht. [§ 96 SGG](#) ist mit Wirkung zum 01.04.2008 durch das SGGArbGGÄndG vom 26.03.2008 ([BGBl. I S. 444](#)) dahingehend konkretisiert worden, dass irgendein rechtlicher oder tatsächlicher Zusammenhang zwischen dem neuen Verwaltungsakt und dem Streitgegenstand des Klageverfahrens nicht mehr ausreicht. Die Neufassung beschränkt [§ 96 SGG](#) auf eine Einbeziehung der nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangenen Bescheide zum selben Gegenstand (vgl. Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, Kommentar, 2. Aufl. 2014, § 96, Rdnr. 4, 5 und 6). Vorliegend ersetzt zwar der Rücknahmebescheid nicht den angefochtenen Ablehnungsbescheid vom 11.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.06.2015, sondern hebt die Genehmigungsfiktion mit Wirkung für die Zukunft auf, so dass eine unmittelbare Anwendung von [§ 96 Abs. 1 SGG](#) nicht in Betracht kommt.

b) Sinn und Zwecks des [§ 96 Abs. 1 SGG](#) verlangen jedoch den Einbezug des Rücknahmebescheides vom 03.12.2015 in das Verfahren analog [§ 96 SGG](#) (so SG München, Urteil v. 16.06.2016 - [S 7 KR 409/15](#), [NZS 2016, 788](#)). Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Ermöglichung einer schnellen, erschöpfenden Entscheidung über das gesamte Streitverhältnis in einem Verfahren (Prozessökonomie). Es soll verhindert werden, dass das Gericht gezwungen wäre, über einen nicht mehr aktuellen Zustand zu entscheiden.

c) Die Einbeziehung in das Verfahren soll auch die Gefahr divergierender Entscheidungen vermeiden (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl. 2014, § 96, Rn. 1). Würde man den Rücknahmebescheid vom 03.12.2015 vorliegend unberücksichtigt lassen, könnte es zu einer Fallkonstellation kommen, in welcher der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Leistungsgewährung verurteilt wird, während in einem weiteren Prozess über die Rechtmäßigkeit der Aufhebung der "Genehmigungsfiktion" der Beklagten Recht gegeben und von der Leistungsgewährung frei wird. Damit stünden sich zwei sich widersprechende Entscheidungen gegenüber.

d) Zwar ist [§ 96 SGG](#) bei echten Leistungsklagen grundsätzlich nicht anwendbar (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl. 2014, § 96, Rdnr. 2a), denn [§ 96 SGG](#) verlangt, dass ein Verwaltungsakt Klagegegenstand ist. Aber in der vorliegenden Fallgestaltung ist eine analoge Anwendung geboten, da es beim Klagegegenstand der hier erhobenen Leistungsklage gerade um einen Anspruch aus einer Genehmigungsfiktion und damit aus einem fingierten Verwaltungsakt geht. Streitgegenstand ist damit ein Recht aus einem fingierten Verwaltungsakt, welcher nach Klageerhebung durch die Beklagte mit Wirkung für die Zukunft aus der Welt geschafft werden sollte. Genau eine solche Fallkonstellation soll [§ 96 SGG](#) aber erfassen (so zutreffend SG München, Urteil v. 16.06.2016 - [S 7 KR 409/15](#), [NZS 2016, 788](#)). Über die Rechtmäßigkeit des Aufhebungsbescheides vom 03.12.2015 konnte daher durch Einbeziehung nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) analog in diesem Klageverfahren entschieden werden, ohne dass zu diesem Bescheid noch ein Vorverfahren nach [§ 78 SGG](#) durchzuführen war.

e) Auch ein Vergleich mit entsprechenden prozessualen Konstellationen im Anwendungsbereich der Verwaltungsgerichtsordnung bestätigt dieses Ergebnis (vgl. hierzu Schoch/Schneider/Bier/Pietzcker [VwGO § 79](#) Rn. 7). III. Der Kläger kann sich für die begehrte Versorgung mit dem Elektrorollstuhl Modell B500 Otto Bock auf einen (Sachleistungs-)Anspruch aus [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nach dessen zeitlichem und sachlichem Anwendungsbereich berufen. Der Anspruch ist auch nicht nach [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) (Leistungen der medizinischen Rehabilitation) ausgeschlossen. Der Rücknahmebescheid vom 03.12.2015 ist wegen fehlender Ausübung des Ermessens rechtswidrig und steht dem Sachleistungsanspruch nicht entgegen.

1. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist nach seinem Geltungszeitraum ab 26.2.2013 und somit vorliegend anzuwenden (vgl. zum maßgeblichen intertemporalen Recht BSG, Urteil v. 8.3.2016 &8722; [B 1 KR 25/15 R](#)).

2. Rechtsgrundlage für den Leistungsanspruch auf Versorgung mit dem Elektrorollstuhl ist die auf Grundlage von [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetretene Genehmigungsfiktion. Ausfluss der Genehmigungsfiktion ist das Entstehen bzw. die Existenz eines Sachleistungsanspruchs (so auch BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#); mwH. Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 11/16, § 13 SGB V Rn. 581 und 58r).

a) Nach [§ 13 Abs. 3a 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 (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) beruht auf dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz, [BGBl. I 2013, S. 277](#)) und verfolgt das Ziel, die Entscheidungsprozesse der Krankenkassen im Interesse der Patienten zu beschleunigen. Deshalb werden der Krankenkasse im Verwaltungsverfahren bestimmte Fristen auferlegt, die verhindern sollen, dass Versicherte unzumutbar lange auf eine Entscheidung warten müssen (Joussen in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand: 01.03.2015, [§ 13 SGB V](#), Rn. 21a). Der

spezifische Schutzzweck dieser Norm liegt also darin, Versicherte in dem grundrechtsrelevanten Bereich des Gesundheitsschutzes vor den Folgen eines unangemessen langen Verwaltungsverfahrens zu schützen (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: 11/16, § 13 Rn. 581). Insoweit kommt der Vorschrift gegenüber der zu langsam arbeitenden Krankenkasse auch eine gewisse Sanktionswirkung zu (SG Mannheim, Urteil vom 03.06.2014 - [S 9 KR 3174/13](#), SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - S16 KR 96/14, jeweils zitiert nach juris; Wenner, SGB 2013,162 ff.).

b) Die Beklagte hat die 5-Wochen-Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) - was im Übrigen zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist - nicht eingehalten und dem Kläger die Gründe hierfür nicht entsprechend der Rechtsprechung des BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - vor Ablauf der Frist mitgeteilt. Da die Beklagte dem Kläger nicht ausdrücklich mitteilte, dass die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme (vgl. zur Pflicht [§ 13 Abs. 3a S. 2 SGB V](#)) notwendig ist, spricht vorliegend sogar einiges dafür, dass die 3-Wochen-Frist einschlägig ist. Da jedenfalls auch die 5-Wochen-Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht eingehalten wurde, kann die Entscheidung diesbezüglich offen bleiben. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i. V. m. [§§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 BGB](#) beginnt am auf den Antragseingang folgenden Tag und endet mit dem Ablauf des Tages, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht.

aa) Der Beginn der Frist verlangt einen konkreten Antrag auf eine klar erkennbar bezeichnete Leistung, über welchen die Krankenkasse durch ein "Ja" zustimmend oder ein "Nein" ablehnend entscheiden kann (zu weiteren Einzelheiten s.u. Buchst. c) bb). Vorliegend war nachdem Akteninhalt am Montag dem 01.12.2014 bei der Beklagten die ärztliche Verordnung mit dem Inhalt "Elektrollstuhl", ein nicht mehr vorhandener Kostenvorschlag sowie die Angabe einer Fallkostenpauschale von 3.199,30 EUR für einen "Elektrollstuhl mit indirekter Lenkung" eingegangen. Am Montag 15.12.2014 hatte die Beklagte den zweiseitigen Erprobungsbericht des Elektrollstuhl Modell B500 Otto Bock der R. GmbH per Fax erhalten mit Kurzbegründung der Erforderlichkeit. Damit bleibt es ohne Entscheidungsrelevanz, ob am 01.12.2014 noch kein hinreichend konkreter Antrag des Klägers vorgelegen hatte, sondern lediglich ein zu weiteren Ermittlungen veranlassendes gegenstandsloses Leistungsbegehren. Denn jedenfalls mit Eingang des konkretisierenden Erprobungsberichts war klargestellt, dass der Kläger die Versorgung mit dem Elektrollstuhl Modell B500 Otto Bock zur Verfügung gestellt durch den Leistungserbringer R. GmbH beantragt.

bb) Damit begann spätestens am Dienstag dem 16.12.2014 ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1 BGB](#)) der Fristlauf. Die Entscheidung der Beklagten über den Antrag des Klägers erfolgte aber erst am 11.02.2015 und damit außerhalb der fünföchigen Frist (Fristablauf Montag dem 19.01.2015, [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 188 Abs. 2 BGB](#)).

cc) Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde ordnungsgemäße schriftliche Mitteilung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) erfolgte nicht. Die Schreiben der Beklagten vom 08.12.2014 (Übersendung Arztfragebogen) und vom 28.01.2015 (Erinnerung an Arztfragebogen) stellen keine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach [§ 13a Abs. 3a S. 5 SGB V](#) dar (vgl. hierzu BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#)). Zwar wandte sich die Beklagte an den Kläger und bat um Übersendung des ärztlichen Fragebogens, aber lediglich, um zu weiteren möglichen Hilfsmittelalternativen zu ermitteln. In diesen Schreiben wurde jedoch nicht mitgeteilt, dass es eine gesetzliche Frist von fünf Wochen gibt, die nicht eingehalten werden kann bzw. konnte. Die Beklagte hätte aber zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie die Frist des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht einhalten könne und sie hätte die Gründe hierfür benennen müssen. Dies wäre namentlich deshalb erforderlich gewesen, weil die Hinweispflicht der Krankenkasse eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) und 7 SGB V hat. Normzweck ist es, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig ist. Die vorgeschriebene Schriftform trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion (vgl. SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 - [S 6 KR 160/13](#); SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 - [S 16 KR 96/14](#)). Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht und damit an die benannte Warnfunktion anknüpft. Wenn die Nichteinhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist schon nicht mitgeteilt wird und auch nicht die Folgen aufgeführt werden, dann wird die mit [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt. Nach BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - muss eine Krankenkasse, die den Eintritt der Genehmigungsfiktion hinausschieben will, einen hierfür hinreichenden Grund benennen und den Antragsteller über eine taggenau bestimmte Fristverlängerung vor Fristablauf in Kenntnis setzen. Vorliegend fehlt es auch an einer taggenauen Fristverlängerung im Sinne der Rechtsprechung des BSG.

dd) Damit braucht nicht näher dargelegt werden, dass die Entscheidungsfristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) den Krankenkassen vollumfänglich zur Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen und es deshalb der Bescheidbekanntgabe innerhalb der Fristen nicht bedarf (Bayerisches LSG, Beschluss vom 25.04.2016 - [L 5 KR 121/16 B ER](#)).

c) Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Denn der leistungsberechtigte Kläger stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag auf Versorgung mit einem Elektrollstuhl und dieses Begehren lag nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. Ferner durfte der Kläger die beantragte Leistung subjektiv für erforderlich halten.

aa) Insoweit ist nach dem Inhalt der Beklagtenakten festzustellen, dass der als versichertes Mitglied leistungsberechtigte Kläger spätestens durch den Erprobungsbericht des R. GmbH in Zusammenschau mit der ärztlichen Verschreibung der Allgemeinärztin G. hinreichend bestimmt die Gewährung eines konkreten Elektrollstuhls (Modell B500 Otto Bock; Fallkostenpauschale 3.199,30 Euro) beantragt hat.

bb) Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags (hierzu BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#)). Entsprechend den allgemeinen, in [§ 42a VwVfG](#) (Verwaltungsverfahrensgesetz idF durch Art 1 Nr 5 des Vierten Gesetzes zur Änderung verwaltungsverfahrenrechtlicher Vorschriften - 4. VwVfÄndG - vom 11.12.2008, [BGBl I 2418](#) mWv 18.12.2008) normierten Grundsätzen (vgl. Begründung zu [§ 42a VwVfG](#) im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, [BT-Drucks 16/10493 S 15](#)) gilt "eine beantragte Genehmigung (...) nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt (...), wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist". Da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen (vgl. Begründung zu [§ 42a VwVfG](#) im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines 4. VwVfÄndG, [BT-Drucks 16/10493 S 16](#)). Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) hinreichend bestimmt ist (so BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR](#)

[25/15 R](#) mit Verweis auf Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 Rn. 73; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 11/16, § 13 Rn. 58l; vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur leistungsrechtlichen Vorschrift des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) vom 15.5.2013, S 20; zu [§ 42a VwVfG](#): U Stelkens in P Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 8. Aufl 2014, § 42a RdNr 35 mwN).

Ein fiktionsfähiger Antrag liegt hier vor. Der Antrag auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl entsprechend der Verordnung vom 21.11.2012 und dem Kostenvorschlag in Verbindung mit dem Erprobungsbericht R. GmbH vom 12.12.2014 war im Rechtssinne hinreichend bestimmt. Aus dem unstrittigen Vortrag der beiden Beteiligten ergibt sich zudem zur Überzeugung des Gerichts, dass sich der Antrag des Klägers konkret auf die Versorgung mit dem Elektrorollstuhl Modell B 500 Otto Bock bezog. Insbesondere hat der Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung vom 31.01.2017 erklärt, dass bei der Beklagten am 01.12.2014 ein Kostenvorschlag bezüglich des Modells B 500 Otto Bock eingegangen ist. Dies ergibt sich auch daraus, dass die Beklagte für die Versorgungszeit 01.12.2014 bis 30.11.2016 eine Fallkostenpauschale für den Elektrorollstuhl von 3.199,30 Euro festsetzte. Es ist damit unschädlich, dass sich dieser Kostenvorschlag nicht - mehr - in den Akten der Beklagten befindet.

cc) Der Antrag des Klägers betraf auch eine Leistung, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV lag.

Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an (so BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15](#)). Die Genehmigungsfiktion begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch. Der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (vgl LSG NRW Beschluss vom 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#), RdNr 7 mwN - zitiert nach juris). Für diese Auslegung spricht auch der Sanktionscharakter der Norm (vgl. hierzu Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, [BT-Drucks 17/10488, S. 32](#), zu Art 2 Nr 1). Der Anspruch ist entsprechend den allgemeinen Grundsätzen auf Freistellung von der Zahlungspflicht gerichtet, wenn die fingierte Genehmigung eine Leistung betrifft, die nicht als Naturalleistung erbracht werden kann (vgl zur Kostenfreistellung zB [BSGE 117, 10](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 32, RdNr 16 mwN und Leitsatz 2). Auch der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion setzt voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung selbst beschaffen. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen. Die Gesetzesmaterialien sprechen beispielhaft den Fall an, dass die Krankenkasse auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, [BT-Drucks 17/11710 S 30](#); im Ergebnis ähnlich etwa LSG NRW Beschluss vom 23.5.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) - Juris RdNr 9; Schleswig-Holsteinisches LSG Beschluss vom 20.1.2016 - [L 5 KR 238/15 B ER](#) - Juris RdNr 23 ff; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 58l; Vogl, NZS 2014, 210, 211; Werner, SGB 2015, 323, 325; aA etwa LSG NRW Beschluss vom 26.5.2014 - [L 16 KR 154/14 B ER](#), [L 16 KR 155/14 B](#) - Juris RdNr 26 ff; Helbig in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 RdNr 74; Kingreen in Becker/Kingreen, SGB V, 4. Aufl 2014, § 13 RdNr 29; Knispel, SGB 2014, 374, 376; Rieker, NZS 2015, 294, 297; Preis/Schneider, NZS 2013, 281, 288; Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Dezember 2015, § 13 RdNr 43). Die Verneinung wäre etwa u.a. noch bei folgenden Fallgestaltungen denkbar: Die Krankenkasse ist unter keinem Gesichtspunkt sachlich zuständig z.B. weil die Leistung augenfällig einem anderen Träger zugewiesen ist. Auch systemfremde Leistungen wie z.B. Erholungsurlaub zulasten der Krankenversicherung sowie willkürliche oder querulatorische Anträge können nicht Gegenstand der Genehmigungsfiktion sein. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Genehmigungsfiktion eintritt, soweit die beantragte Leistung vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein kann, also insbesondere auf Grund von [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) ebenso wie in Folge der Rechtsprechung des BSG zum Systemversagen oder zum Seltenheitsfall zu einer grundsätzlich denkbaren Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu zählen wäre. Der beantragte Elektrorollstuhl unterfällt seiner Art nach dem Leistungskatalog der GKV, Elektrorollstühle sind im Hilfsmittelverzeichnis ([§ 139 SGB V](#)) gelistet. Der Kläger konnte auch aufgrund der fachlichen Befürwortung seines Antrags durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin G. die Versorgung mit dem Hilfsmittel für geeignet und erforderlich halten. Vorliegend kommt hinzu, dass der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 31.01.2017 glaubhaft schilderte, dass der alte Rollstuhl, den er bis Ende 2014 in Gebrauch hatte und der auf seinen Körper zugeschnitten war, auf Grund von Gewichtszunahme nicht mehr benutzt werden konnte und vom Sanitätshaus deshalb einbehalten wurde. Der Kläger war zu diesem Zeitpunkt faktisch unversorgt. Der Gedanke an einen Rechtsmissbrauch liegt somit fern.

Zwar haben nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Versicherte nur Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der 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. Dabei besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Blick auf die "Erforderlichkeit im Einzelfall" nur, soweit das begehrte Hilfsmittel geeignet, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (BSG, 30. 09.2015 - [B 3 KR 14/14 R](#), Rn. 10 - zitiert nach juris). Das bedeutet für den vorliegend streitauslösenden mittelbaren Behinderungsausgleich, das nur Hilfsmittel nur zu gewähren sind, welche die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mindert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft wie das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (st. Rspr, vgl. BSG, 30. 09. 2015 - [B 3 KR 14/14 R](#), Rn. 18 mwN - zitiert nach juris). Vorliegend ist das Grundbedürfnis des Gehens betroffen, welches der Elektrorollstuhl Modells B 500 Otto Bock ersetzt sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Ob die Grenzen des letzteren überschritten werden und ob die Versorgung mit einem handbetriebenen Krankenfahrstuhl zuzüglich E-Fix-Antrieb ausreichend wäre, ist in Würdigung der schweren Multimorbiditäten des Klägers einschließlich der Oberschenkelamputation dem Bereich der Grenzfallentscheidungen zuzuordnen und nicht ohne weiteres dem Bereich außerhalb des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung zuzuweisen. In diesen Fällen ist die Regelung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nach dem vom Gesetzgeber Bezweckten dahingehend auszulegen, dass die Genehmigungsfiktion Geltung besitzt.

Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: 11/16, § 13 Rn. 58; KassKomm/Schifferdecker SGB V § 13 Rn. 134). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung des Klägers wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen, einschließlich der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und ob es erforderlich im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist ausgeschlossen (LSG NRW Beschluss v. 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#)). Nur auf diese Weise kann das Ziel des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde nicht erreicht, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen.

d) Versicherte können den Eintritt der Genehmigungsfiktion sodann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die Leistung zu verlangen § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V oder sich gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) die Leistung selbst zu beschaffen und Kostenerstattung zu verlangen. Nach BSG Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15](#) - begründet die Genehmigungsfiktion zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, der dem Erstattungsanspruch des Absatz 3a Satz 7 "im Ansatz" entspricht. Somit ist durch den 1. Senat des BSG a.a.O. höchststrichlich entschieden, dass die Genehmigungsfiktion auch einen Sachleistungsanspruch vermittelt (aA Bayer. LSG vom 07.09.2016 - [L 20 KR 597/15](#), Revision anhängig BSG, Az: [B 1 KR 26/16 R](#)).

Der Gesetzgeber hatte zwar zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetz ergibt (BT-Drucks. 312/12, S. 46; vgl. auch [BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Nachdem aber durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war ([BT-Drucks. 17/11710, S. 30](#)), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere, den klaren Wortlaut einschränkende Erläuterungen - als Änderung in das Gesetz aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme diesem Satz kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlosse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#) praktisch aus dem Schutzbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) aus (so zu Recht LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) m.w.N.). Nur durch dieses Verständnis der Norm kann das Ziel des Gesetzgebers, generalpräventiv die sachbezogene Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern, umgesetzt werden.

e) Dem Sachleistungsanspruch steht auch nicht der Ausnahmetatbestand [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) ("Leistungen der medizinischen Rehabilitation") entgegen. Zum einen stellen medizinische Hilfsmittel (hier: Elektrorollstuhl) grundsätzlich keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) dar (vgl. bereits Urteil des Senats v. 28.06.2016 - [L 5 KR 323/14](#)). Zum anderen werden nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) die Fälle des Sachleistungsanspruchs nicht erfasst.

aa) Nach [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) gelten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die [§§ 14, 15 SGB IX](#) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Dies entspricht grundsätzlich dem in [§ 11 Abs. 2 S. 3 SGB V](#) und [§ 13 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) geregelten Anwendungsvorbehalt (vgl. hierzu Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 11/16, § 13 SGB V Rn. 58p). In der Entscheidung vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - stellte der 1. Senat des BSG ausdrücklich fest, dass nach den Gesetzesmaterialien und dem Regelungszweck Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der "Kostenerstattungsregelung" ausgeschlossen sind. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation sei dabei jedoch funktionsadäquat auszulegen. Der 1. Senat geht dabei im Anwendungsbereich von [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX (Verhältnis von behindertem Mensch zu Reha-Träger) von einem weiten Begriff der "medizinischen Rehabilitation" aus, während andererseits im Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) der Begriff in einem engeren Verhältnis zu verstehen ist (vgl. hierzu auch SG Berlin Ur. v. 19.10.2016 - [S 89 KR 2036/15](#); SG Speyer Ur. v. 18.11.2016 - [S 19 KR 329/16](#)).

Allein aus der Erwähnung der Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation i.S. von [§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#) folgt auch kein deckungsgleiches Verständnis i.S. des SGB V, speziell des [§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V](#). Denn dann wären eine Vielzahl von Hilfsmitteln iSd [§ 33 SGB V](#) bereits deshalb aus dem Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ausgeschlossen. Ein Ergebnis, das schlechterdings vom Gesetzgeber nicht gewollt sein kann und auch im Widerspruch zu [§ 2 Abs. 2 SGB I](#) steht. Danach sind die sozialen Rechte bei der Auslegung von Vorschriften und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden. Danach stellt z.B. eine generell restriktive, z.B. in erster Linie aus finanziellen, haushaltsmäßigen Erwägungen geleitete Handhabung des SGB einen Verstoß gegen [§ 2 Abs. 2 SGB I](#) dar (vgl. ausführlich hierzu auch Seewald, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, September 2016, SGB I, § 2 Rn. 10 ff.). Eine weite Auslegung des Begriffs der "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" würde auch dem Sinn und Zweck des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), eine Beschleunigung der Entscheidungsprozesse in der Krankenversicherung zu erreichen, widersprechen. Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei [§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V](#) um eine Ausnahmegesetzvorschrift handelt, die eng auszulegen ist (zur Auslegung von Ausnahmegesetzvorschriften vgl. BSG [BeckRS 2016, 72933](#); [BeckRS 2013, 70649](#); BGH, Urteil vom 28. 5. 2008 - [VIII ZR 126/07](#), [DNotZ 2008, 771](#)).

Auch aus den Gesetzgebungsmaterialien ([BT-Drs. 17/10488](#), 32) ergeben sich Anhaltspunkte, dass nicht alle in [§ 26 SGB IX](#) genannten Leistungen solche der medizinischen Rehabilitation i.S. des [§ 13 SGB V](#) sind. In den Gesetzgebungsmaterialien heißt es wörtlich: "Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Dies wird ausdrücklich klargestellt. Spezialregelungen im SGB V wie § 32 Absatz 1a sind vorrangig anzuwenden." Durch den Hinweis auf den Vorrang des [§ 32 Abs. 1a SGB V](#) bringt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass er Hilfsmittel grundsätzlich dem Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zuordnet. Auch diese werden aber in [§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX](#) als Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgezählt. Für Hilfsmittel muss Entsprechendes gelten (SG Berlin Ur. v. 19.10.2016 - [S 89 KR 2036/15](#); aA wohl Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V § 13 Rn. 76; Hahn SGB 2015, 144, 147 f.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen (Sinn und Zweck der Norm, Ausnahmegesetzvorschrift, [§ 2 Abs. 2 SGB I](#)) und der gebotenen funktionsadäquaten engen Auslegung des Gesetzesbegriffs, ist das vom Kläger begehrte Hilfsmittel keine Leistung der medizinischen Rehabilitation im Sinne des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#), sondern ein Hilfsmittel im Bereich der Krankenbehandlung gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

bb) Darüber hinaus steht der Ausschlussstatbestand des Satzes 9 des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) alleine der Anwendbarkeit des Satzes 7

(Kostenerstattung), nicht aber der des Satzes 6 (Sachleistungsanspruch - wie vorliegend strittig) entgegen. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) enthält eine klare Unterscheidung zwischen dem in Satz 6 geregelten Sachleistungsanspruch und dem in Satz 7 geregelten Kostenerstattungsanspruch. Die Genehmigungsfiktion führt zu einem Sachleistungsanspruch, die Selbstbeschaffung "nach Fristablauf" hingegen zu einem Erstattungsanspruch. Der Verweis auf die Vorschriften des SGB IX für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Satz 9 erfolgt ausdrücklich nur hinsichtlich der Zuständigkeitsklärung und für die (von Satz 7 geregelten) Fälle der Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung durch den Versicherten (SG Speyer Ur. v. 18.11.2016 - [S 19 KR 329/16](#); SG Dessau-Roßlau, Ur. v. 18. 12. 2013 - [S 21 KR 282/13](#), ArbuR 2014, 195; Motz DVfR, Forum A, Diskussionsbeitrag 26/2014 v. 13.11.2014). Die Fälle des Sachleistungsanspruchs (Satz 6) werden von diesem Verweis nicht erfasst. Es verbietet sich daher, die Norm des Satz 9 auf die vom Wortlaut nicht erfassten Fälle der Sachleistung wegen Genehmigungsfiktion auszudehnen (a.A. Hahn SGB 2015, 144, 147 f.) "redaktionelles Versehen des Gesetzgebers").

3. Die eingetretene Genehmigungsfiktion ist auch von der Beklagten nicht wirksam durch Bekanntgabe des Rücknahmebescheids vom 03.12.2015 beseitigt worden. Unabhängig von der einschlägigen Rechtsgrundlage für die Rücknahme- bzw. die Widerrufsentscheidung ([§§ 45, 47 SGB X](#)) wurde das Ermessen im Rahmen der Entscheidung nicht gesehen bzw. ausgeübt.

a) Im Rahmen des Anwendungsbereich von [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) sind auch die Regelungen über die Aufhebung von Verwaltungsakten nach [§§ 44 ff. SGB X](#) anwendbar. Einer fingierten Genehmigung kann keine höhere Bestandskraft zukommen als einer innerhalb der Entscheidungsfrist erteilten Genehmigung (vgl. zur Parallelproblematik bei [§ 42a VwVfG](#) vgl. BVerwG, Ur. v. 12.07.2012 - [5 C 16/11](#), [NJW 2013, 99](#) und Stelkens in: Stelkens/Bonk/Sachs, Verwaltungsverfahrensgesetz, 8. Auflage 2014, § 42a Rn. 60 ff).

b) Für den Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist zu beachten, dass das BSG seiner Entscheidung vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - ausdrücklich einen vierten Leitsatz vorangestellt hat: "Eine Krankenkasse kann eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind" Ansatzpunkt für die Rücknahme oder den Widerruf ([§§ 45, 47 SGB X](#)) ist nach der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG (Urteil v. 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15](#)) danach die Genehmigungsfiktion an sich und nicht der fingierte Verwaltungsakt. Dem steht das Folgende entgegen.

aa) Zum einen setzen die Aufhebungsvorschriften nach [§§ 44 ff. SGB X](#) einen Verwaltungsakt voraus. Die isoliert betrachtete Fiktion stellt gerade keinen Verwaltungsakt dar. Verwaltungsaktqualität hat erst die fingierte Genehmigung.

bb) Zum anderen führt ein Abstellen auf die Genehmigungsfiktion zu einem Zirkelschluss. Liegen die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nicht vor, können sie auch nicht eintreten. Einer Rücknahme bedürfte es in einem solchen Fall folglich nicht. Ein späteres Entfallen der Voraussetzungen für die Genehmigungsfiktion (hinreichend bestimmter Antrag, fehlende fristgemäße Entscheidung bzw. Mitteilung) ist denklogisch ausgeschlossen. Damit kann es nicht darauf ankommen, ob die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion vorlagen (so SG Speyer Ur. v. 18.11.2016 - [S 19 KR 329/16](#)).

cc) Entscheidend ist vielmehr, ob eine nachträgliche Beseitigung des fingierten Verwaltungsaktes möglich ist, z.B. wenn ein tatsächlich ergangener Verwaltungsakt mit einem entsprechenden bewilligenden Inhalt rechtswidrig ergangen und daher rücknehmbar wäre. Dies entspricht auch einem rechtswegübergreifenden Vergleich mit [§ 42a VwVfG](#). Es ist anerkannt, dass [§ 42a VwVfG](#) eine allgemeine Norm für Genehmigungsverfahren ist. Der Gesetzgeber hat dort eine bereichsübergreifende Regelung bzw. ein "vollständiges Regelungskonzept" geschaffen (vgl. nur Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, § 42a Rn. 1; [BT-Drs. 16/10493](#), 15). Für Auslegungsfragen bei [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sind daher die zu [§ 42a VwVfG](#) entwickelten Grundsätze heranzuziehen (so auch Krüger NZS 2016, 521 f.). Für den Anwendungsbereich des [§ 42a VwVfG](#) ist es jedoch h.M. (Stelkens/Bonk/Sachs/Stelkens VwVfG [§ 42a](#) Rn. 60 ff.), dass es bezüglich der Rücknahmeentscheidung alleine auf fingierte Genehmigung ankommen kann.

dd) Der unterschiedliche Ansatz hat ggf. Auswirkungen auf die Wahl der korrekten Rechtsgrundlage für die Aufhebungsentscheidung. Wie dargelegt kommt es alleine auf den fingierten Verwaltungsakt an. Wäre ein tatsächlich ergangener Verwaltungsakt mit einem entsprechenden bewilligenden Inhalt rechtswidrig ergangen, kommt als Aufhebungsvorschrift [§ 45 SGB X](#) in Betracht. Folgt man dem nicht, wäre Gegenstand die Genehmigungsfiktion an sich. Hierbei dürften jedoch mangels Verwaltungsakts-Qualität der Fiktion [§§ 44 ff. SGB X](#) allenfalls analog Anwendung finden. Lagen die Voraussetzungen für die Fiktion zunächst vor, kommt als Rechtsgrundlage für den späteren Widerruf [§ 47 SGB X](#) in Frage.

ee) Der Rücknahmebescheid der Beklagten vom 03.12.2015 ist jedenfalls deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte - unabhängig von der einschlägigen Rechtsgrundlage [§ 45](#) oder [§ 47 SGB X](#) - ihr Rücknameermessen nicht ausgeübt hat. Rechtswidrig ist eine Ermessensentscheidung bei Ermessensnichtgebrauch, wenn also die Behörde ihr Ermessen nicht ausgeübt oder im Bescheid nicht zum Ausdruck gebracht hat, bei Ermessensüberschreitung bzw. Ermessensunterschreitung oder bei Ermessensfehlgebrauch (vgl. [§ 54 Abs. 2 S. 2 SGG](#)). Im hier strittigen Fall liegt ein Ermessensnichtgebrauch vor. Dazu ist in Auswertung und Würdigung der im Bescheid dokumentierten Ausführungen festzustellen, dass der Beklagten nicht bewusst war, dass eine Ermessensentscheidung zu treffen ist. Im Rücknahmebescheid vom 03.02.2015 wird nämlich ausgeführt, dass die Beklagte die Genehmigungsfiktion aufheben "muss". Das Aufhebungsermessen ist vorliegend auch nicht reduziert. Das nicht pflichtgemäß ausgeübte Ermessen führt sowohl im Anwendungsbereich des [§ 45 SGB X](#) als auch des [§ 47 SGB X](#) zur Rechtswidrigkeit der Rücknahmeentscheidung.

Zusammenfassend ist daher auszuführen, dass die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und der Rücknahmebescheid der Beklagten vom 03.12.2015 aufzuheben sind.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

IV. Die Revision ist gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) ("grundsätzliche Bedeutung") zuzulassen. Bislang ist höchstrichterlich nicht abschließend entschieden, wie der Ausnahmetatbestand [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) ("Leistungen der medizinischen Rehabilitation") konkret auszulegen ist. Auch die verfahrensrechtliche Aufhebung der Genehmigungsfiktion bzw. des fingierten Verwaltungsaktes und die Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das Verfahren sind bislang noch nicht höchstrichterlich entschieden.

Rechtskraft

Aus
Login
FSB
Saved
2017-03-30