

Genehmigungsfiktion für Pflegehilfsmittel

Gerichtlicher Schlingerkurs

WOLF HARTMANN, FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT,
REIMANN RONNENBERG RECHTSANWÄLTE



Foto: Kanzlei Reimann Ronnenberg Rechtsanwälte

Vorwärts, seitwärts, rückwärts, raus und wieder rein? Alter rechtlicher Wirrwarr und neue Regel zur Genehmigungsfiktion im Pflegehilfsmittelbereich.

Mit dem Patientenrechtegesetz (PRG) wurde 2013 die sog. Genehmigungsfiktion eingeführt. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten seitdem Bearbeitungsfristen von drei Wochen bzw. bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) fünf Wochen, innerhalb derer die Krankenkasse eine Entscheidung zu treffen hat. Erfolgt keine Entscheidung, ohne dass die Krankenkasse hierzu einen hinreichenden Grund schriftlich mitteilt, gilt die beantragte Leistung gemäß § 13 Abs. 3a SGB V als genehmigt.

Schon sehr schnell entschied der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG), dass innerhalb dieser Regel nicht nur nach Fristablauf verauslagte Kosten erstattet, sondern auch noch nicht erfolgte Sachleistungen von der Krankenkasse verlangt werden können (BSG, U. v. 8.3.2016, AZ.: B 1 KR 25/15 R).

Erste Kehrtwende

Eine erste Einschränkung erfuhr dieser Grundsatz durch die Rechtsprechung des 3. Senates des BSG (alleine zuständig für medizinische Hilfsmittel). Dieser entschied, dass die Regelung von § 13 Abs. 3a SGB V bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, also auch bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, nicht angewendet werden könne (BSG, U. v. 15.3.2018, AZ: B 3 KR 18/17 R). Hier gelten stattdessen die Fristen nach § 18 SGB IX, wo statt drei bzw. fünf Wochen eine pauschale Bearbeitungsfrist von zwei Monaten besteht.

Nach dieser Differenzierung durch den 3. Senat des BSG gilt für Hilfsmittel mit einer therapeutischen Zielrichtung nach wie vor die Frist aus dem Patientenrechtegesetz von drei bzw. fünf Wochen, während bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, wie etwa Rollstühlen oder Prothesen, die Zwei-Monats-Frist einzuhalten ist.

Im Jahr 2020 verabschiedete sich der 1. Senat von seiner bisherigen Rechtsprechung, nach welcher mit einer bestehenden Genehmigungsfiktion eine Sachleistung verlangt werden kann. Stattdessen vertrat der 1. Senat nunmehr die gegenteilige Position, dass § 13 Abs. 3a SGB V und § 18 SGB IX als reine Kostenerstattungsregelungen zu verstehen seien. Sachleistungen könnten nach Fristablauf nicht verlangt werden (BSG, U. v. 28.5.2021, B 1 KR 9/18 R).

Dieser Rechtsprechung des 1. Senates des BSG schloss sich der 3. Senat des BSG umgehend an (BSG, U. v. 18.6.2020, B 3 KR 6/19 R). Dies bedeutete das faktische Ende des PRG im Zusammenhang mit hochwertigen Hilfsmitteln, da die wenigsten Versicherten nach Fristablauf in Vorleistung treten.

Hoffnungsträger GPVG?

Der Gesetzgeber selbst hatte zu dieser Thematik bislang niemals Klarheit geschaffen. Mit dem zum 1. Januar 2021 eingeführten Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) dürfte die Diskussion jedoch wieder an Fahrt aufnehmen. Denn es wurde in § 40

Abs. 6 SGB XI im Zusammenhang mit der Gewährung von Pflegehilfsmitteln und Wohnumfeldverbesserungen wiederum eine Fristenregelung mit Genehmigungsfiktion eingeführt, welche im Wortlaut stark an § 13 Abs. 3a SGB V angelehnt ist.

Es gelten wiederum die Fristen von drei bzw. fünf Wochen, bei Fristablauf ohne Mitteilung eines hinreichenden Grundes gilt der Antrag als genehmigt. Der entscheidende Unterschied ist jedoch, dass ein Hinweis auf Kostenerstattung fehlt. Anders als bei § 13 Abs. 3a SGB V und § 18 SGB IX ist die Genehmigungsfiktion ebenfalls nicht in eine Kostenerstattungsregel eingekleidet, sondern findet sich unmittelbar im Leistungsrecht. Somit ist zumindest für den Bereich von Pflegehilfsmitteln und Wohnumfeldverbesserungen davon auszugehen, dass nach Fristablauf Sachleistungen beansprucht werden dürfen.

Gerichte müssen es richten

Aufgabe der Gerichte ist es, bei Unklarheiten in der gesetzlichen Formulierung den „objektiven Willen“ des Gesetzgebers zu ermitteln. Mit der Neuregelung in § 40 Abs. 6 SGB XI für Pflegehilfsmittel könnte der „objektive Wille“ des Gesetzgebers jedoch auch im Rahmen von § 13 Abs. 3a SGB V neu verstanden werden.

Unterschiedliche systematische Ansätze im Krankenversicherungsrecht und im Pflegeversicherungsrecht wird der Gesetzgeber sicher nicht wünschen, zumal sich die Leistungen inhaltlich teilweise überschneiden. <