



Spitzenverband

Niederschrift

**über die Fachkonferenz
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 02.12.2021 in Berlin
per Microsoft Teams**



Inhaltsübersicht:	<u>Seite</u>
1. § 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers; hier: Erstattungspflicht bei Leistungen im Rahmen der vertragszahn- ärztlichen Gesamtvergütung; BSG vom 30.07.2019, B 1 KR 15/18 R	5
2. § 13 SGB V – Kostenerstattung; hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens 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	9
3. § 19 SGB V – Erlöschen des Leistungsanspruchs; hier: Leistungsabgrenzung bei Wechsel der Krankenkasse bei Anspruch auf Versorgung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a SGB V	13
4. § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen; hier: Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtli- chen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesund- heitsanwendungen	17
5. § 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, § 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld; hier: Änderung des § 45 SGB V durch das Gesetz zur Änderung des Infekti- onsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite	19
6. § 39e SGB V – Übergangspflege im Krankenhaus, § 60 SGB V – Fahrkosten; hier: Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Zusammenhang mit Leistungen der Übergangspflege	25



7. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, 29
§ 60 SGB V – Fahrkosten;
hier: Anspruch auf Fahrkostenübernahme für Fahrten zu probatorischen Sit-
zungen während einer Krankenhausbehandlung



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

1. § 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers;

hier: Erstattungspflicht bei Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung; BSG vom 30.07.2019, B 1 KR 15/18 R

Sachstand:

§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X regelt, dass wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen des § 102 Abs. 1 SGB X vorliegen, der zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig ist, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Der Erstattungsanspruch setzt unter anderem voraus, dass ein unzuständiger Leistungsträger in der Annahme seiner Leistungszuständigkeit Sozialleistungen an den Leistungsberechtigten nicht nur vorläufig erbracht hat.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hatte am 30.07.2019 in einem Verfahren (B 1 KR 15/18 R) darüber zu entscheiden, ob die erst nach einem Krankenkassenwechsel zuständige gegenüber der vorherigen Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung des aus der Gesamtvergütung zu ihren Lasten gezahlten zahnärztlichen Honorars hat, da der Versicherte die ihm zur Verfügung gestellte Krankenversichertenkarte [neu: elektronische Gesundheitskarte] als Anspruchsnachweis bereits vor dem Wechsel eingesetzt und konservierend-chirurgische Zahnarztleistungen in Anspruch genommen hat.

Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung hatten die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.09.2020 einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass das BSG-Urteil vom 30.07.2019 sowohl in Bezug auf die durch die Gesamtvergütung abgegoltenen vertragszahnärztlichen als auch vertragsärztlichen Leistungen bei Erstattungsansprüchen der Krankenkassen untereinander anzuwenden ist. Somit sind die über die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V abgegoltenen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen bei unzuständiger Leistungserbringung von den Krankenkassen



weder über einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X noch über einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zu erstatten. Ob und inwieweit insbesondere Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gemäß § 105 SGB X zu erstatten sind, sollte Gegenstand weiterer Beratungen in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht sein.

Eigens zur Klärung der Erstattungsmöglichkeit der Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen und zu der Frage, welche der vertragsärztlichen Leistungen zusätzlich im Einzelnen nach § 105 SGB X unter Berücksichtigung des BSG-Urteils erstattungsfähig sein dürften, wurde eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes gebildet, die zuletzt am 19.10.2021 tagte.

In dieser Arbeitsgruppe wurde im Ergebnis eine Übersicht der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit als Sozialleistungen nach § 105 SGB X i. S. d. BSG-Urteils vom 30.07.2019 erstellt (vgl. Anlage). In dieser sind die einzelnen Leistungen bezeichnet und in Bezug auf die Abrechnungssystematik und die daraus folgende Bewertung, ob sie als Sozialleistung einzuordnen und somit erstattungsfähig sind, aufgeführt.

Nach den Beratungen in der Arbeitsgruppe gelten Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten nicht in vollem Umfang als Sozialleistungen. Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen im Rahmen der Regelversorgung und gleichartigen Versorgung stellen im Gegensatz zur andersartigen Versorgung und zu Material- und Laborkosten grundsätzlich keine Sozialleistungen im Sinne des vorgenannten BSG-Urteils dar, da sie über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet bzw. im Rahmen der Gesamtvergütung abgegolten werden. Vor dem Hintergrund der differenzierten Fallgestaltungen der Regelversorgung, gleich- und andersartigen Versorgung sowie der Versorgung in Mischfällen wird es jedoch aus verwaltungsökonomischen Gründen als sinnvoll angesehen, diese Leistungen durchgängig als nicht erstattungsfähig zu werten. Implantologische Leistungen entsprechend der Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V dürften zwar als Sozialleistungen anzusehen sein, sollten aber analog betrachtet und folglich auch nicht gegenseitig erstattet werden.

Nichtärztliche Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V gehören nicht zur vertragsärztlichen Behandlung im Sinne der BSG-Rechtsprechung und werden somit nicht in der Übersicht geführt. Dies gilt ebenfalls für die in diesem Zusammenhang anfallenden Sachkosten.



Für eine vollumfängliche und funktionierende Umsetzung der vereinbarten Regelungen wird zwingend vorausgesetzt, dass alle Krankenkassen in der Verwaltungspraxis bei der Anmeldung und Geltendmachung von Erstattungsansprüchen diese einheitlich anwenden und gegen sich gelten lassen. Ein anderweitiger Umgang mit der Thematik würde die zwischen allen Verfahrensbeteiligten getroffenen Absprachen umgehend wieder in Frage stellen.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer stellen einvernehmlich fest, dass Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten gemäß § 105 SGB X nicht erstattungsfähig sind. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob es sich um eine Regelversorgung, eine gleichartige bzw. andersartige oder eine Versorgung bei Mischfällen handelt. Dies gilt auch für implantologische Leistungen bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation.

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer beschließen die Anwendung der anliegenden „Übersicht der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit als Sozialleistungen nach § 105 SGB X i. S. d. BSG-Urteils vom 30.07.2019 (B 1 KR 15/18 R)“, nach der nur die unter „Erstattung“ gekennzeichneten Leistungen unter Beachtung der §§ 102 ff SGB X gegenseitig erstattet werden können. Die Übersicht wird bei Bedarf aktualisiert.

Gestellte Anträge auf Erstattung nach § 105 SGB X und bereits bezifferte Erstattungsansprüche im Zusammenhang mit den in Rede stehenden Leistungen, die als nicht erstattungsfähige Sozialleistungen angesehen werden, sind nicht weiterzuverfolgen.

Das Ergebnis hat auch Einfluss auf die "Grundsätze der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Anwendung der Ausschlussfrist des § 111 SGB X für Erstattungsansprüche der Krankenkassen untereinander vom 17.03.2009", sodass diese zu gegebener Zeit anzupassen sind.

Anlage



- nicht besetzt -



Übersicht der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit als Sozialleistungen nach § 105 SGB X i. S. d. BSG-Urteils vom 30.07.2019 (B 1 KR 15/18 R)

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamtvergütung/ Abrechnung über KV/KZV od. analog	Sozialleistung	Erstattung
1	Vereinbarungen mit Leistungserbringern (Modellvorhaben)	§ 64 Abs. 3 SGB V	nein	ja	ja
2	Zahnärztliche Behandlung, darunter fallen auch: <ul style="list-style-type: none"> • konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen • kieferorthopädische Behandlung sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten • Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten • Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten • Behandlung bei obstruktiver Schlafapnoe (Unterkieferprotrusions-schiene/UKPS) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten • Systematische Behandlung von Parodontopathien 	§ 73 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
3	Zahnersatz einschl. Zahnkronen und Suprakonstruktionen gemäß § 56 Abs. 2 SGB V (Regelversorgung, gleichartige Versorgung) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten	§ 73 Abs. 2 Nr. 2a SGB V, § 87 Abs. 1a SGB V	ja (teilweise)	ja (teilweise)	nein (Verzicht)
4	Zahnersatz einschl. Zahnkronen und Suprakonstruktionen gemäß § 55 Abs. 5 SGB V (andersartige Versorgung) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten	§ 73 Abs. 2 Nr. 2a SGB V, § 87 Abs. 1a SGB V	nein	ja	nein (Verzicht)

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamtvergütung/ Abrechnung über KV/KZV od. analog	Sozialleistung	Erstattung
5	Zahnersatz gemäß §§ 56 Abs. 2 und 55 Abs. 5 SGB V (Mischfälle) sowie die dazugehörigen Material- und Laborkosten	§ 73 Abs. 2 Nr. 2a SGB V, § 87 Abs. 1a SGB V, BMV-Z	ja (teilweise)	ja (teilweise)	nein (Verzicht)
6	Implantologische Leistungen entsprechend der Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V	§ 3 Abs. 1 Nr. 4 BMV-Z	nein	ja (analog Nr. 3 – 5)	nein (analog Nr. 3 – 5)
7	Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung (§§ 25, 26 SGB V)	§ 73 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
8	Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft	§ 73 Abs. 2 Nr. 4 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
9	Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
10	Anordnung von Hilfeleistungen anderer Personen	§ 73 Abs. 2 Nr. 6 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
11	Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
12	Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen	§ 73 Abs. 2 Nr. 7a SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamtvergütung/ Abrechnung über KV/KZV od. analog	Sozialleistung	Erstattung
13	Verordnung häuslicher Krankenpflege	§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
14	Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten einschließlich Gutachten	§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
15	Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	§ 73 Abs. 2 Nr. 10 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
16	Ärztliche Maßnahmen nach §§ 24a und 24b SGB V	§ 73 Abs. 2 Nr. 11 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
17	Verordnung von Soziotherapie	§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
18	Zweitmeinung nach § 27b SGB V	§ 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
19	Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b SGB V	§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V, § 85 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
20	Hausarztzentrierte Versorgung	§ 73b Abs. 7 SGB V	nein	ja	ja
21	Inanspruchnahme nicht zugelassener Privatärzte	§ 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V	ja	nein	nein

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamtvergütung/ Abrechnung über KV/KZV od. analog	Sozialleistung	Erstattung
23	Inanspruchnahme nicht zugelassener oder nicht ermächtigter Ärzte oder ärztlich geleiteter Einrichtungen im Notfall	§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V	ja	nein	nein
24	Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V	§ 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V	ja	nein	nein
25	Kostenerstattungen nach §§ 13 Abs. 2 Satz 6, Abs. 3, Abs. 4 und Abs. 5 SGB V	§ 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V	nein	ja	ja
26	Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung	§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V	ja	nein	nein
27	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V	ja	nein	nein
28	Eigeneinrichtungen der KZV	§ 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V	ja	nein	nein
29	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	§ 115b SGB V	nein	ja	ja
30	Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte	§ 116 SGB V, § 120 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
31	Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V, § 120 Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
32	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b Abs. 6 SGB V	nein	ja	ja
33	Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V, § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V	nein	ja	ja

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamtvergütung/ Abrechnung über KV/KZV od. analog	Sozialleistung	Erstattung
34	Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118 SGB V, § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V	nein	ja	Ja
35	Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a SGB V, § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V	ja	nein	nein
36	Sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V, § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V	nein	ja	ja
37	Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe	§ 119a SGB V	ja	nein	nein
38	Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	§ 119b SGB V	ja	nein	nein
39	Medizinische Behandlungszentren	§ 119c SGB V, § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V	nein	ja	ja
40	Ambulante ärztliche Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte	§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V	ja	nein	nein
41	Spezialambulanzen Kinder und Jugendliche	§ 120 Abs. 1a SGB V	nein	ja	ja
42	Belegärztliche Leistungen	§ 121 Abs. 3 SGB V	ja	nein	nein
43	Belegärztliche Leistungen honorarvertraglich	§ 121 Abs. 5 SGB V	nein	ja	ja

Nr.	Vertragsärztliche/-zahnärztliche Leistung	Norm	Gesamt- vergütung/ Abrech- nung über KV/KZV od. analog	Sozialleis- tung	Erstattung
44	Versorgung mit Schutzimpfungen (betriebsärztliche Leistungen)	§ 132e SGB V	nein	ja	ja
45	Eigeneinrichtungen der Krankenkassen	§ 140 SGB V	ja	nein	nein
46	Besondere Versorgung	§ 140a Abs. 1 SGB V	ja	nein	nein
47	Ärztlich geleitete Einrichtungen im Beitrittsgebiet	§ 311 Abs. 2 SGB V	ja	nein	nein
48	Materialkosten	§ 44 Abs. 6 BMV-Ä	nein	ja	ja

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

2. § 13 SGB V – Kostenerstattung;

hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens 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

Sachstand:

Gemäß § 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 Medizinischen Dienstes, 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. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Kann die Krankenkasse Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch 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 (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 und 2 sowie Satz 4 1. Satzteil und Satz 5 1. Satzteil bis Satz 7 SGB V).

Mit dem gemeinsamen Rundschreiben (GR) zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 26.09.2018 haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene umfangreiche Hinweise zur Umsetzung gegeben. Dabei wurden nicht nur bisher relevante Rechtsprechungen des BSG berücksichtigt, sondern auch wesentliche Aussagen insbesondere zum Anwendungsbereich der von der Genehmigungsfiktion erfassten Leistungen, zu den



Antragsbearbeitungsfristen, den Folgen der Genehmigungsfiktion, der Rücknahme von Verwaltungsakten bei Eintritt der Genehmigungsfiktion und zu den Voraussetzungen für die Kostenerstattung getroffen.

Durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz-DVG) vom 09.12.2019 (BGBl. I S.2563) wurde ein Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 33a SGB V eingeführt. Die Vorschrift regelt den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit den in § 33a Abs. 1 SGB V definierten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), der neben der Aufnahme der DiGA in das Verzeichnis nach § 139e SGB V entweder eine ärztliche/psychotherapeutische Verordnung oder eine Genehmigung durch die Krankenkasse voraussetzt (vgl. § 33a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Diese beiden Varianten führen dazu, dass der Anspruch nach § 33a SGB V durch die Krankenkassen unterschiedlich zu realisieren ist und daher auch in Bezug auf die Genehmigungsfiktion einer differenzierten Bewertung bedarf.

Soweit der Leistungsanspruch eine Genehmigung der Krankenkasse voraussetzt (vgl. § 33a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Alt. 2 SGB V) findet in jedem Fall die Regelung über die Genehmigungsfiktion und damit das Fristenregime nach § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung. Dies ist in dem GR mit der letzten Aktualisierung auch so festgelegt worden und daher beizubehalten.

Falls Versicherte bei ihrer Krankenkasse die Verordnung einer DiGA einreichen, ist dagegen nach dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzesbegründung nicht von einem üblichen Antrag auf eine von der Krankenkasse zu genehmigende Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V auszugehen. Allerdings erhalten die Versicherten bei der aktuellen Versorgungspraxis den Zugang zu der verordneten DiGA erst nach der Übermittlung eines Freischaltcodes durch die Krankenkasse. Aufgrund dieses genehmigungsähnlichen Verfahrens nach der Einreichung einer Verordnung ist es daher sinnvoll und zu empfehlen, dass sich die Krankenkassen dabei künftig auch in diesem Fall an dem Fristenregime des § 13 Abs. 3a SGB V orientieren, damit die Versicherten die DiGA mindestens genauso schnell erhalten können wie im Fall einer beantragten Genehmigung der Versorgung. Die bisherigen Aussagen im GR wurden dementsprechend konkretisiert.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass hinsichtlich der (tatsächlichen) Bewertung der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung und des daraus folgenden Leistungsanspruchs eine Anpassung des GR zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V zu empfehlen ist.

Das GR zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V wurde entsprechend aktualisiert und löst das bisherige in der Fassung vom 17.06.2021 ab. Das aktualisierte GR ist als Anlage beigefügt, die Anpassungen können der Änderungshistorie entnommen werden.

Anlage



- nicht besetzt -



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 02.12.2021

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

Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben (GR) vom 26.09.2018 wurde angepasst und löst 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 26.09.2018 in der Fassung vom 17.06.2021 ab.

Die bisherigen Anpassungen des Rundschreibens waren u. a. aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich vom Bundessozialgericht (BSG) ergangener Urteile notwendig gewesen. 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 bei den Neufassungen des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde gelegt.

Die Notwendigkeit der letzten Anpassung des GR (Fassung vom 17.06.2021) ergab sich hauptsächlich aufgrund des BSG-Urteils vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, wonach seitdem die Auffassung vertreten wird, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begründet, den Versicherten lediglich eine vorläufige Rechtsposition (*sui generis*) vermittelt, die zur Selbstbeschaffung der beantragten Leistung berechtigt und daher auch nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung führen kann. Zudem wurde klargestellt, dass der durch die Genehmigungsfiktion begründete Anspruch auf Kostenerstattung auch bei einer materiellen Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig war (Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung zur „subjektiven Erforderlichkeit“). Auch hat die Genehmigungsfiktion nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes und die Krankenkasse hat daher auch nach Ablauf der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Fristen über den gestellten Leistungsantrag zu entscheiden und das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen hat.

Des Weiteren wurde auch in der letzten Fassung des GR der mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz-DVG) vom 09.12.2019 (BGBl. I S.2563) zum 19.12.2019 eingeführte Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß § 33a SGB V bereits aufgenommen. Da die beiden Varianten der DiGA (ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung oder Genehmigung) zu einer unterschiedlichen Realisierung des Leistungsanspruchs führen, wurden die Aussagen in dieser Fassung des GR mit Blick auf die ursprüngliche Zielsetzung des § 13 Abs. 3a SGB V hierzu differenziert.

Bei zukünftigem Änderungsbedarf wird das GR auch weiterhin regelmäßig aktualisiert und die Änderungen werden in der entsprechenden Änderungsübersicht aufgeführt (vgl. Abschnitt 1). 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 02.12.2021 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben in der Fassung vom 17.06.2021 ab.

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungsübersicht	6
2. Gesetzliche Grundlagen	9
3. Allgemeines	10
4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V	11
4.1 Sozialleistungen	11
4.2 Keine Sozialleistungen	12
4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen	14
4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen	25
4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche	25
4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns	25
4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung	26
4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf	26
4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	26
4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V	27
5. Leistungsberechtigte	28
6. Antrag	29
6.1 Formerfordernis	29
6.2 Sonstige Anforderungen	29
6.3 Hinreichend bestimmter Antrag	30
6.4 Zugang des Antrags	31
6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden	31
6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden	31
6.4.2.1 Brief	31
6.4.2.2 Telefax	32
6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung	32
6.4.2.4 Anrufbeantworter	33
7. Gutachtliche Stellungnahme	34
7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MD	34
7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie	35
7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren	36
8. Leistungsentscheidung	37
8.1 Bevollmächtigte	37
8.2 Form	38

8.3 Bekanntgabe	38
8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt	38
8.3.2 Bekanntgabe eines elektronischen Verwaltungsaktes	39
9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V	40
9.1 Definition eines hinreichenden Grundes	40
9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes	40
9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes	41
9.4 Hinreichende Gründe	41
9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)	44
10. Fristenberechnung	47
11. Genehmigungsfiktion	50
12. Folgen der Genehmigungsfiktion	51
12.1 Kostenerstattung	52
12.1.1 Selbstbeschaffung	52
12.1.2 Zulässigkeit der Selbstbeschaffung	52
12.1.3 Selbstbeschaffung im Ausland	54
12.1.4 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung	54
12.2 Kostenfreistellung	56
13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion	57
13.1 Verwaltungsakt	57
13.2 Rechtsposition sui generis	57
13.3 Erledigung auf andere Weise	58
14. Inkrafttreten/Übergangsregelung	59

Änderungsübersicht

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
17.06.2021	Vorwort redaktionell angepasst und aktuellste Rechtsnormen und BSG-Rechtsprechung angeführt; Hinweis auf Änderung der Begriffe MD und MD Bund und Anpassung im Gesamtdokument vorgenommen
	Abschnitt 2 – Gesetzliche Grundlagen [ergänzt]: § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V um die Möglichkeit der elektronischen Mitteilung eines hinreichenden Grundes ergänzt
	Abschnitt 3 – Allgemeines [geändert]: Begriff der „Gutgläubigkeit“ als Voraussetzung für die Kostenerstattung aufgenommen
	Abschnitt 4 – Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V [ergänzt]: Begriff der „Gutgläubigkeit“ ergänzt
	Abschnitt 4.3 – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen [gestrichen]: Unter 14. Wegfall der Genehmigungspflicht von humangenetischen Leistungen ab dem 01.01.2021 Unter 21. Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls
	Abschnitt 4.3 – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen [neu]: Unter 23. Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V als neue Leistung aufgenommen
	Abschnitt – 8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes [neu]: Aufnahme des § 37 Abs. 2b SGB X, neu geregelt mit Einführung des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12.06.2020 und zwischenzeitlich neu gefasst durch Gesetz zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 mit Wirkung vom 10.12.2020
	Abschnitt 11 – Genehmigungsfiktion [geändert]: Kriterium der Gutgläubigkeit der Versicherten als Voraussetzung für Eintritt Genehmigungsfiktion aufgenommen, Aussagen zur subjektiven Erforderlichkeit gestrichen
	Abschnitt 12 – Folgen der Genehmigungsfiktion [geändert]: Begründung zum Wegfall des Sachleistungsanspruches aufgenommen

Änderungsübersicht

	Abschnitt 13 – Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion [geändert]: Unterabschnitte 13.1 und 13.2 unterteilt wegen Unterscheidung der bisherigen Rechtsauffassung zur Aufhebung der fingierten Genehmigung (Verwaltungsakt) und der neuen Rechtsposition sui generis und Unterabschnitt 13.3 an neue Rechtsprechung angepasst
02.12.2021	Vorwort redaktionell angepasst
	Abschnitt 4.3 – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen [geändert]: Unter 23. Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V Aussagen zum Leistungsanspruch angepasst

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 1c 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 oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. 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 Kostenerstattungen vorgenommen wurden. 9Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) bis (6) ...

Allgemeines

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 erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Dies setzt nach der aktuellen Rechtsprechung jedoch die Gutgläubigkeit der Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung voraus.

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.

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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 nach der aktuellen Rechtsprechung auch die Leistungen, auf die die Leistungsberechtigten zwar keinen materiellen Leistungsanspruch hatten, diese aber von ihnen gutgläubig selbstbeschafft wurden. 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

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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 vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungsanspruchnahme 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),

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a 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,

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

14. **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).

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

16. **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).

17. **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).

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

18. **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.

19. **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

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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 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.

20. **Heilmittel** nach § 32 SGB V,Anmerkung:

Gemäß § 32 Abs. 1c SGB V bedürfen Verordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 nun keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse. Auch die Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalls ist entfallen. Die neuen Heilmittelrichtlinien sind zum 01.01.2021 in Kraft getreten. Derartige Leistungen können Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.4.

21. **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:

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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.

22. **Digitale Gesundheitsanwendungen** nach § 33a SGB V,

Anmerkung:

Die Versorgung mit einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) kann nach der Ausstellung einer Verordnung der ärztlich oder psychotherapeutisch Behandelnden mittels Muster 16 erfolgen. Die Verordnung ist der Krankenkasse einzureichen, die den Leistungsberechtigten dann einen Freischaltcode (Rezept-Code) übermittelt, der in der entsprechenden DiGA einzugeben ist. Die Herstellenden der DiGA lassen die Gültigkeit des Codes von den Krankenkassen prüfen, um ihn abschließend freischalten zu können. Versicherte können die DiGA erst dann als Sachleistung in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund wird daher beim Einreichen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung empfohlen, sich an den Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V zu orientieren.

Darüber hinaus ist gesetzlich ebenfalls vorgesehen, dass die Versorgung mit einer DiGA – auch ohne ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung – auf Antrag der Versicherten mit Genehmigung der Krankenkasse erfolgen kann, sodass diese dann zu prüfen hat, ob das Vorliegen der medizinischen Indikation für die DiGA nachgewiesen ist. In diesem Fall sind die Fristen und sonstigen Vorgaben gemäß § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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 Leistungsentcheidung 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 MD, 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.

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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.).

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

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.

Anwendungsbereich des § 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,

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a 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 Satz 3 SGB V zum **langfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf** im Zusammenhang mit einem Genehmigungsverfahren, 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 nach § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V 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. 21).

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.

Leistungsberechtigte

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.

Antrag

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.

Antrag

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 zugewungen 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 zugewungen 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 zugewungen, 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. Sollten 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 (MD) 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 MD

Stellungnahmen durch den MD 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 MD (sozialmedizinische Fallsteuerung). Gutachten werden nach Aktenlage oder aufgrund persönlicher Befunderhebung erstellt. Die Befunderhebung kann entweder in der MD-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 MD 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 MD als Gesamtorganisation und nicht für einzelne Gutachterinnen oder Gutachter. Bei z. B. einer Weiterleitung des Begutachtungsauftrages innerhalb des MD 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 MD schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist lediglich eine Obergrenze darstellt, die nicht regelmäßig auszuschöpfen ist.

Damit der MD 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 MD – 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.

Gutachtliche Stellungnahme

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 MD 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 MD 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

Leistungsentscheidung

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.

Leistungsentscheidung

8.3.2 Bekanntgabe eines elektronischen Verwaltungsaktes

Mit Einführung des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12.06.2020 wurde zum 01.07.2020 die auch für die Verfahren der Krankenkassen geltende Regelung des § 37 Abs. 2b SGB X eingeführt. Danach können mit Einwilligung der Beteiligten und nach Authentifizierung elektronische Verwaltungsakte auch bekanntgegeben werden, indem sie diesen zum Abruf über öffentlich zugängliche Netze bereitgestellt werden. Nach dem Absenden einer elektronischen Benachrichtigung über die Bereitstellung eines elektronischen Verwaltungsaktes an die abrufberechtigte Person tritt dann eine Zugangsfiktion ein. Durch das Gesetz zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 wurde diese Regelung mit Wirkung vom 10.12.2020 wortgleich in § 37 Abs. 2a SGB X überführt.

Der Verwaltungsakt gilt demnach am dritten Tag nach dem Absenden der Benachrichtigung über die Bereitstellung als bekannt gegeben. Im Zweifel hat allerdings die Krankenkasse den Zugang der Benachrichtigung nachzuweisen. Kann sie den von der abrufberechtigten Person bestrittenen Zugang der Benachrichtigung nicht nachweisen, gilt der Verwaltungsakt an dem Tag als bekannt gegeben, an dem die abrufberechtigte Person den Verwaltungsakt abgerufen hat. Das Gleiche gilt, wenn die abrufberechtigte Person unwiderlegbar vorträgt, die Benachrichtigung nicht innerhalb von drei Tagen nach der Absendung erhalten zu haben. Die Möglichkeit einer erneuten Bereitstellung zum Abruf oder der Bekanntgabe auf andere Weise bleibt auch in diesem Zusammenhang 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 und kann die Krankenkasse den bestrittenen Zugang nicht nachweisen, so liegt ein Fristversäumnis vor, da dieser erst am Tag des Abrufs der Benachrichtigung als bekanntgeben gilt. Gleiches gilt, wenn die Leistungsberechtigten unwiderlegbar vortragen, die Benachrichtigung nicht innerhalb von drei Tagen nach ihrer Absendung erhalten zu haben. Sollte dieser Kommunikationsweg gewählt werden, so ist darauf zu achten, dass die Benachrichtigung über die Bereitstellung des Leistungsbescheides so frühzeitig erfolgt, dass auch nach nicht oder nicht rechtzeitig erfolgtem Abruf noch genug Zeit für die Bekanntgabe auf andere Weise verbleibt, da ansonsten eine Verfristung und somit Genehmigungsfiktion eintreten kann.

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

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 oder elektronisch mitteilen. Die schriftliche Mitteilung erfolgt in der Regel per Post, während für die elektronische Mitteilung nach dem Wortlaut in § 13 Abs. 3a Satz 5 2. Halbsatz der § 37 Abs. 2b SGB X entsprechend gelten soll. 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.

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

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,

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

- 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 MD/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

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

MD/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),
- 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.

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

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 MD 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 MD – 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 MD die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat der MD die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und
- die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MD 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 MD – 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

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

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 anzugebenen 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 letzten, 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.

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

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.

Fristenberechnung

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 MD	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)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss den Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	
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/MD, und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen, 04.04. bei einer Frist von vier Wochen.	
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.	

Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

Auftragseingang beim MD	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)
Der MD 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 MD eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).	
Ergebnis:	
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 MD 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.	

Genehmigungsfiktion

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), 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 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). War diese grundsätzlich vom Leistungskatalog der GKV umfasst, erwuchs den Leistungsberechtigten aus der fingierten Genehmigung nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Krankenkasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch), sofern sie die Leistung für erforderlich halten durften und deren Inanspruchnahme nicht als rechtsmissbräuchlich anzusehen war. Dieser Anspruch sollte es ermöglichen, dass auch diejenigen Versicherten eine Leistung in Anspruch nehmen konnten, die finanziell nicht in der Lage waren, sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen.

Diese Rechtsprechung zum eigenständigen Naturalleistungsanspruch hat das BSG nunmehr aufgegeben. Nach aktueller Rechtsprechung zieht die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer Naturalleistung nach sich, sondern (bei Gutgläubigkeit) nur das Recht auf Selbstbeschaffung mit einem Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten. Eine fingierte Genehmigung vermittelt dem Versicherten damit eine Rechtsposition sui generis (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 9 und 16). Der 1. Senat begründet den Ausschluss eines Naturalleistungsanspruches bei Eintritt der Genehmigungsfiktion im Einzelnen damit, dass

- sich aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V weder die Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion im Sinne eines Verwaltungsakts noch ein Sachleistungsanspruch als dessen Rechtsfolge ergibt (BSG a. a. O., Rn. 12),
- nach der Intention des Gesetzgebers lediglich die Selbstbeschaffung der Leistung vorgesehen gewesen ist (BSG a. a. O., Rn. 13),
- die Verortung des Abs. 3a in § 13 SGB V „Kostenerstattung“ dem entgegensteht (BSG a. a. O., Rn. 14),
- der systematische Vergleich mit § 18 Abs. 3 und 4 SGB IX keinen Raum für einen derartigen Anspruch lässt (BSG a. a. O., Rn. 15–16),
- nur eine Kostenerstattungsregelung im Zusammenhang mit dem Zweck der Vorschrift zur Beschleunigung der Leistungsanspruchnahme und zur Sanktion der Krankenkasse steht (BSG a. a. O., Rn. 18–19) und
- keine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes eintritt, weil nach diesem alle Versicherten nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen Zugang zu den Sachleistungsansprüchen der GKV haben und die bisherige Rechtsprechung es als nicht verfassungswidrig angesehen hat, dass sich finanziell besser gestellte Versicherte eine Leistung einfacher beschaffen können als mittellose Versicherte (BSG a. a. O., Rn. 20–21).

Die Auswirkungen der aktuellen Rechtsprechung werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben.

Folgen der Genehmigungsfiktion

12.1 Kostenerstattung

Haben sich Leistungsberechtigte die als genehmigt geltende Leistung gutgläubig selbst beschafft und sind ihnen dadurch Kosten entstanden, steht ihnen unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gegen ihre Krankenkasse zu, auch wenn sie auf diese Leistung nach dem Leistungsrecht des SGB V materiell-rechtlich keinen Anspruch haben sollten.

12.1.1 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 („Vorfestlegung“), scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V insgesamt aus (vgl. zuletzt BSG vom 27.10.2020, B 1 KR 3/20 R).

Zudem muss die selbstbeschaffte Leistung der ursprünglich beantragten Leistung nach Art und Umfang entsprechen und grundsätzlich auf der gleichen Indikationsstellung beruhen. Nur dann können die Leistungsberechtigten in Bezug auf diese Leistung auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung als gutgläubig angesehen werden.

12.1.2 Zulässigkeit der Selbstbeschaffung

Die Selbstbeschaffung einer beantragten Leistung, auf die ein materiell-rechtlicher Anspruch besteht und die vom Leistungskatalog der GKV umfasst wird, ist in jedem Fall nach Eintritt der Genehmigungsfiktion als zulässig selbstbeschafft zu betrachten.

Bei einer Leistung, für die das Recht der GKV allerdings keinen Anspruch vorsieht, trifft dies nach der aktuellen Rechtsprechung nur dann zu, wenn die Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig waren, also nicht wussten oder grob fahrlässige Unkenntnis darüber hatten, dass kein Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung bestand. Diese Voraussetzung stellt eine Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung dar, wonach die mit § 13 Abs. 3a SGB V verfolgten Zwecke (Verfahrensbeschleunigung und Sanktionierung der Krankenkasse bei Nichteinhaltung der normierten Fristen) ihre Grenze beim Rechtsmissbrauch finden (vgl. BSG vom 27.8.2019, B 1 KR 9/19 R). In seinem Urteil vom 26. Mai 2020 (Rn. 23) hat der 1. Senat diesen Rechtsgedanken näher konkretisiert, indem er den in der Parallelnorm (Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 5 SGB

Folgen der Genehmigungsfiktion

IX) gesetzlich geregelten Verschuldensmaßstab auch auf die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V für anwendbar erklärt hat.

Zu dem Begriff der groben Fahrlässigkeit verweist das BSG in seinem Urteil vom 26.05.2020 auf die Legaldefinition des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X, wonach derjenige grob fahrlässig handelt, der die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße verletzt. Das BSG greift dabei zur näheren Beschreibung der „Verletzung der Sorgfaltspflicht in besonders schwerem Maße“ auf bereits durch Rechtsprechung und Gesetzesbegründungen normierte Maßstäbe zurück.

Grobe Fahrlässigkeit liegt insbesondere dann vor, wenn schon einfachste und ganz naheliegende Überlegungen von den Leistungsberechtigten nicht angestellt werden und die Umstände, die im gegebenen Sachverhalt jedem einleuchten müssen, nicht beachtet werden. Das Maß der Fahrlässigkeit ist dabei insbesondere an der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit und dem Einsichtvermögen der Versicherten und den besonderen Fallumständen zu bemessen. Die nähere Kenntnis der Versicherten über das Recht der GKV darf dabei nicht vorausgesetzt werden. Von einer grob fahrlässigen Unkenntnis der Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der beantragten Leistung kann ausgegangen werden, wenn diese ganz offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskataloges liegt. Von einer Bösgläubigkeit ist daher auszugehen, wenn sich Versicherte der eindeutige Sach- und Rechtslage verschließen (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 24).

Bösgläubigkeit ist aber nicht schon dann anzunehmen, wenn ein Arzt den Versicherten empfiehlt, eine aus seiner Sicht medizinisch notwendige Leistung vorab direkt bei der Krankenkasse zu beantragen, weil er im Verhältnis zu der Krankenkasse nicht das Vergütungsrisiko tragen wolle. Lehnen Krankenkassen die beantragte Leistung auf Grundlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme des MD ab und halten später an dieser Entscheidung im Vorverfahren fest, so führt auch dies nicht automatisch zur Bösgläubigkeit bei den Versicherten. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen von Bösgläubigkeit in diesem Zusammenhang ist die Qualität der fachlichen Argumente der Krankenkassen sowie deren Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten und nicht allein die formale Ablehnung der Leistung. Die Gutgläubigkeit wird grundsätzlich nicht dadurch beseitigt, dass unterschiedliche Meinungen über die rechtlichen und tatsächlichen Umstände einschließlich unterschiedlich gutachterlicher Bewertungen bestehen; dies gilt auch noch während eines Klage- und Rechtsmittelverfahrens (vgl. BSG, a. a. O., Rn. 25).

Allerdings beruht die Gutgläubigkeit der Versicherten auf einem tatsächlichen Umstand, der sich im weiteren Verlauf zur Bösgläubigkeit verändern kann. Zwar können sich Versicherte die Leistung auch während eines anhängigen Verfahrens noch selbst beschaffen, zum Zeitpunkt des Beschaffungsvorgangs selbst darf dann jedoch keine Bösgläubigkeit vorliegen. Dies wäre dann der Fall, wenn die Versicherten zu diesem Zeitpunkt wissen, dass kein materiell-rechtlicher Anspruch

Folgen der Genehmigungsfiktion

(mehr) auf die Leistung besteht. Bedeutung kann die Veränderung des tatsächlichen Umstands insbesondere bei beantragten Dauerleistungen haben (vgl. BSG, a. a. O., Rn. 26).

Der Grad der Unkenntnis der Versicherten spielt allerdings dann keine Rolle mehr, wenn diese sich die Leistung zu einem Zeitpunkt selbst beschaffen, nachdem die Krankenkasse die Leistung bereits bestandskräftig abgelehnt oder ein Gericht eine entsprechende Klage rechtskräftig abgewiesen hat. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht dann nicht mehr.

12.1.3 Selbstbeschaffung im Ausland

Die Leistungsberechtigten haben sich die beantragte Leistung 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 Leistungsinanspruchnahme 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. 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 – Verordnung (EG) 883/2004 – (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 12.1.1 und 12.1.2 aufgeführten Grundsätze entsprechend.

12.1.4 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

Folgen der Genehmigungsfiktion

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 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.

Folgen der Genehmigungsfiktion

12.2 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. Der 1. Senat des BSG hatte keinen Anlass, sich in seinem Urteil vom 26. Mai 2020 zu einem solchen Freistellungsanspruch infolge einer Genehmigungsfiktion zu äußern. Der 3. Senat hat jedoch in seinen Urteilen vom 18.06.2020 auch einen Anspruch auf Kostenfreistellung ausdrücklich als mögliche Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion bezeichnet (vgl. etwa B 3 KR 14/18 R, Rn. 9 und 25) und insoweit auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V verwiesen.

Im Übrigen gelten für diesen Anspruch die Ausführungen unter 12.1.1 und 12.1.3 entsprechend.

Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

13.1 Verwaltungsakt

Nach der bisherigen Rechtsprechung des 1. Senats hatte eine fingierte Genehmigung die Qualität eines Verwaltungsaktes. Sie sollte daher – so wie ein von der Krankenkasse erlassener und bekannt gegebener Verwaltungsakt – wirksam bleiben, 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). Diese Rechtsprechung hat der Senat mit seinem Urteil vom 26.05.2020 nun aufgegeben.

13.2 Rechtsposition sui generis

Die aktuelle Rechtsprechung des 1. und 3. Senats ordnet die Genehmigungsfiktion neu ein und bescheinigt ihr nicht mehr die Qualität eines Verwaltungsaktes. Sie vermittelt dem Versicherten lediglich eine Rechtsposition sui generis, die es ihm erlaubt sich die beantragte Leistung – im Falle der Gutgläubigkeit – selbst zu beschaffen (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 9, 10 und vom 18.06.2020, B 3 KR 14/18 R, Rn. 16, 17). Daraus wird nun abgeleitet, dass allein mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion das durch den Antrag in Gang gesetzte Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen wird. Die Krankenkasse ist somit weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Leistungsantrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen. Der Eintritt der Genehmigungsfiktion beendet also nicht das Verfahren auf Bewilligung einer beantragten Naturalleistung, der gestellte Antrag auf Naturalleistung existiert vielmehr fort (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 29, 30).

Damit stellt sich die von der bisherigen Rechtsprechung diskutierte Frage nach den Voraussetzungen für die Rücknahme einer fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X nun nicht mehr. Wenn die Genehmigungsfiktion keinen Verwaltungsakt darstellt, kann und muss sie auch nicht nach § 45 SGB X zurückgenommen werden. Sollte die Krankenkasse bereits einen Rücknahmebescheid erlassen haben, wäre dieser von ihr aufzuheben, da es an einem „Rücknahmeobjekt“ mangelt (vgl. BSG vom 18.6.2020, B 3 KR 14/18 R, Rn. 9).

Nach der aktuellen Rechtsprechung kommt es für die „Wirksamkeit“ der Genehmigungsfiktion mit der Folge eines Rechts zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse vielmehr entscheidend darauf an, ob bei den Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung zumindest eine grob fahrlässige Unkenntnis über den ihnen materiell-rechtlich nicht zustehenden Leistungsanspruch (Bösgläubigkeit) vorlag oder nicht.

Die Umstände, aus denen sich eine Bösgläubigkeit der Versicherten ergeben können, sind dabei von der Krankenkasse nachzuweisen. In diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen unter Abschnitt 12.1.2 verwiesen. Weitere Überprüfungskriterien zur bösgläubigen Selbstbeschaffung

Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

der Leistungen durch die Versicherten im Zusammenhang mit der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V werden sich möglicherweise durch die zukünftige Rechtsprechung ergeben.

Machen Leistungsberechtigte von ihrem Recht auf Selbstbeschaffung keinen Gebrauch und entscheidet die Krankenkasse abschließend begünstigend über den gestellten Leistungsantrag, weil ein materiell-rechtlicher Leistungsanspruch vorliegt, so begründet dies weiterhin einen Naturalleistungsanspruch.

13.3 Erledigung auf andere Weise

Das durch die Genehmigungsfiktion vermittelte Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung zulasten der Krankenkasse kann auch dadurch enden, dass sich der Leistungsantrag auf andere Weise erledigt (§ 39 Abs. 2 SGB X analog), wenn dieses Recht für die Versicherten erkennbar von vornherein an den Bestand einer bestimmten Situation gebunden ist.

Dies kann etwa der Fall sein, wenn vor der Selbstbeschaffung die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit, wegen der der Leistungsantrag gestellt wurde, nach ärztlicher – den Antragstellenden bekannten – Einschätzung vollständig geheilt ist.

Die Genehmigungsfiktion gilt stets nur bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses.

Inkrafttreten/Übergangsregelung

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.

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

3. § 19 SGB V – Erlöschen des Leistungsanspruchs;

hier: Leistungsabgrenzung bei Wechsel der Krankenkasse bei Anspruch auf Versorgung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a SGB V

Sachstand:

Versicherte haben gemäß § 33a SGB V Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Für die Genehmigung ist das Vorliegen der medizinischen Indikation nachzuweisen, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist (vgl. § 33a Abs. 1 S. 1 bis 3 SGB V).

Bei Einreichung einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung erfolgt von Seiten der Krankenkassen eine Prüfung des Versichertenstatus und etwaiger formeller Ausschlussgründe. Nach erfolgreicher Prüfung wird die Versorgung mit der DiGA gewährt und ein individueller Freischaltcode generiert, der einmalig eingelöst werden kann. Die Codierung erfolgt gemäß den Festlegungen in der Abrechnungsrichtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V.

Es stellt sich in Bezug auf den Leistungsanspruch nach § 33a SGB V die Frage, welche Krankenkasse bei einem Krankenkassenwechsel leistungspflichtig ist. Nach der BSG-Rechtsprechung ist



die Krankenkasse leistungspflichtig, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt (vgl. BSG-Urteil 20. November 2001 – B 1 KR 31/99 R). Dementsprechend wären die Gesamtkosten für eine DiGA nach den gesamten Kalendertagen, für die diese freigeschaltet ist, anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen. Diese Aufteilung ist in ihrer praktischen Umsetzung jedoch verwaltungsaufwändig, weshalb die Leistungspflicht bei der Krankenkasse liegen sollte, die am Tag der Freischaltung des Codes die Versicherung auch tatsächlich durchführt. Zu unterscheiden sind hierbei die folgenden zwei Fallgestaltungen bei einem Krankenkassenwechsel:

- a) Vor Inanspruchnahme der DiGA durch die Versicherten, aber bereits nach Ausgabe des Freischaltcodes durch die abgebende Krankenkasse findet ein Wechsel zur neu gewählten Krankenkasse statt.
- b) Nach Einlösen des Freischaltcodes und der folgenden Inanspruchnahme der DiGA durch die Versicherten findet ein Wechsel zur neu gewählten Krankenkasse statt.

Im Fall a) hat noch keine Inanspruchnahme der DiGA stattgefunden. Insofern besteht die Auffassung, dass die neu gewählte Krankenkasse für die DiGA leistungspflichtig ist, bei der am Tag der Freischaltung des Codes ein Versicherungsverhältnis besteht.

Zu Fall b) wird vorgeschlagen, dass die Krankenkasse, bei der am Tag der Freischaltung der DiGA ein Versicherungsverhältnis besteht, für die gesamten Kosten der Inanspruchnahme der DiGA aufkommt. Dies gilt auch dann, wenn es nach der Freischaltung zu einem Krankenkassenwechsel kommt. Eine anteilige Aufteilung der Kosten auf die vorherige und die neu gewählte Krankenkasse findet nicht statt.

Zudem wird um eine gemeinsame Beratung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-SV gebeten, ob die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. Oktober 2002 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel entsprechend der oben genannten Ausführungen angepasst werden kann.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vereinbaren einheitlich, dass bei einem Krankenkassenwechsel die Krankenkasse leistungspflichtig ist, bei der am Tag der Freischaltung der DiGA (Leistungserbringung) ein Versicherungsverhältnis besteht. Dies gilt auch dann, wenn es nach der Freischaltung zu einem Wechsel der Krankenkasse kommt. Eine anteilige Aufteilung der Kosten auf die vorherige und die neu gewählte Krankenkasse findet in diesem Fall nicht statt.

Die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. Oktober 2002 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel wird zeitnah angepasst.



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

4. § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen;

hier: **Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen**

Sachstand:

Am 19.12.2019 ist mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 18.12.2019 der Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen in § 33a SGB V als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert worden (vgl. Bundesgesetzblatt [BGBl] 2019 Teil I Nr. 49 S. 2562 ff.).

Gemäß § 33a Abs. 1 Sätze 1 bis 3 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Für die Genehmigung nach § 33a Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V ist das Vorliegen der medizinischen Indikation nachzuweisen, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist.

Vor dem Hintergrund einer einheitlichen Verfahrensweise der Krankenkassen war eine Erörterung der sich aus der Vorschrift des § 33a SGB V ergebenden leistungsrechtlichen Fragen erforderlich. Die dabei erzielten Ergebnisse wurden in einem gemeinsamen Rundschreiben zusammengefasst.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer verabschieden das gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen.

Anlage

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., Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

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

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

Vorwort

Durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) wurde der Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen in § 33a SGB V als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Das Gesetz wurde im Bundesgesetzblatt BGBl 2019 Teil I Nr. 49 vom 18.12.2019 S. 2562 ff. veröffentlicht und trat am 19.12.2019 in Kraft.

Zudem wurde die Vorschrift mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) um die Absätze 5 und 6 erweitert. Die Veröffentlichung des Gesetzes erfolgte im Bundesgesetzblatt BGBl 2021 Teil I Nr. 28 vom 08.06.2021 und trat am 09.06.2021 in Kraft.

Die sich aus der Vorschrift des § 33a SGB V ergebenden leistungsrechtlichen Fragen wurden vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene beraten. Die dabei erzielten Ergebnisse wurden in diesem Rundschreiben zusammengefasst.

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

Inhaltsverzeichnis

1. Rechtsgrundlage	4
2. Allgemeines	5
3. Definition	6
4. Leistungsberechtigte	7
5. Leistungsvoraussetzungen.....	7
5.1 Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V	
5.2 Verordnung oder Antrag der Versicherten.....	10
5.2.1 Verordnung durch behandelnde Vertragsärzte und Vertragsärztinnen oder behandelnde Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen	10
5.2.2 Antrag durch Versicherte	12
5.3 Kein Leistungsausschluss gemäß § 33a Abs. 4 Satz 3 SGB V	13
5.4 Leistungsentscheidung	13
6. Mehrkosten und Zuzahlung	14
6.1 Mehrkosten aufgrund von Zusatzfunktionen	14
6.2 Mehrkosten aufgrund von die Vergütung nach § 134 SGB V übersteigenden Kosten....	15
6.3 Zuzahlung	15
7. Form der Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsanwendungen	15
7.1 Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips.....	16
7.2 Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen von Kostenerstattung	16
7.3 Erforderliche Begleitleistungen	17
7.3.1 Kostenerstattung für ärztliche Begleitleistungen.....	17
8. Verhältnis zu anderen Vorschriften im SGB V	19
8.1 Regelungen nach § 33a Abs. 4 SGB V	19
8.2 Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a SGB V	20

1. Rechtsgrundlage

§ 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) 1Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). 2Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

1. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und
2. entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

3Für die Genehmigung nach Satz 2 Nummer 2 ist das Vorliegen der medizinischen Indikation nachzuweisen, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist. 4Wählen Versicherte Medizinprodukte, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 134 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(2) Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse nach Absatz 1 Satz 1 sind solche, die der Risikoklasse I oder IIa nach § 13 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2020/561 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2020 zur Änderung der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte hinsichtlich des Geltungsbeginns einiger ihrer Bestimmungen (ABl. L 130 vom 24.4.2020, S. 18) geändert worden ist oder nach Artikel 51 in Verbindung mit Anhang VIII der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1; L 117 vom 3.5.2019, S. 9) zugeordnet und als solche bereits in den Verkehr gebracht sind, als Medizinprodukt der Risikoklasse IIa auf Grund der Übergangsbestimmungen in Artikel 120 Absatz 3 oder Absatz 4 der Verordnung (EU) 2017/745 in Verkehr gebracht wurden oder als Medizinprodukt der Risikoklasse I auf Grund unionsrechtlicher Vorschriften zunächst verkehrsfähig bleiben und im Verkehr sind.

(3) 1Die Hersteller stellen den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträ-

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

gern zur Verfügung. 2Ist eine Übertragung oder Abgabe nach Satz 1 nicht möglich, können digitale Gesundheitsanwendungen auch über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden; in diesen Fällen erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134.

(4) 1Leistungsansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt. 2Der Leistungsanspruch nach Absatz 1 besteht unabhängig davon, ob es sich bei der digitalen Gesundheitsanwendung um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode handelt; es bedarf keiner Richtlinie nach § 135 Absatz 1 Satz 1. 3Ein Leistungsanspruch nach Absatz 1 auf digitale Gesundheitsanwendungen, die Leistungen enthalten, die nach dem Dritten Kapitel ausgeschlossen sind oder über die der Gemeinsame Bundesausschuss bereits eine ablehnende Entscheidung nach den §§ 92, 135 oder 137c getroffen hat, besteht nicht.

(5) 1Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten dürfen Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen nicht bestimmten Leistungserbringern zuweisen. 2Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Vertragspsychotherapeuten dürfen mit Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen oder mit Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine Zuweisung oder eine Übermittlung von Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zum Gegenstand haben. 3Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit gesetzlich etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall ein anderes Vorgehen geboten ist. 4Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für elektronische Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen.

(6) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2021, einen Bericht vor, wie und in welchem Umfang den Versicherten Leistungen nach Absatz 1 zu Lasten seiner Mitglieder gewährt werden. 2Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen sowie Art und Umfang der Übermittlung. 3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht den Bericht barrierefrei im Internet. 4Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Rechtsverordnung nach § 139e Absatz 9 festlegen.

Anmerkungen:

2. Allgemeines

Mit der Zielsetzung, Menschen bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten sowie auf dem Weg zu einer selbstbestimmten gesundheitsförderlichen Lebensführung zu unterstützen,

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

wurde durch den Gesetzgeber für Versicherte ein Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen im fünften Abschnitt des dritten Kapitels im SGB V verankert und damit den „Leistungen bei Krankheit“ zugeordnet. Der Leistungsanspruch umfasst Software und andere auf digitalen Technologien basierende Medizinprodukte niedriger Risikoklasse mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Mit Einführung dieser neuen Leistung in das SGB V hat der Gesetzgeber auch neue Verfahren zur Feststellung, wann eine digitale Gesundheitsanwendung zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung wird, geschaffen und zugleich neue Zugangswege für die Erlangung dieser festgelegt.

3. Definition

Digitale Gesundheitsanwendungen umfassen Software und andere auf digitale Technologien basierende Medizinprodukte mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung und geringem Risikopotenzial.

Eine gesundheitsbezogene Zweckbestimmung liegt dann vor, wenn bei den Versicherten oder in der Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer

- die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder
- die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen

unterstützt wird.

Die in § 33a Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgenommene Definition der gesundheitsbezogenen Zweckbestimmung orientiert sich an dem zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens noch gültigen § 3 Nr. 1a) und 1b) Medizinproduktegesetz (MPG), umfasst aber nicht die Verhütung von Krankheiten im Sinne von Prävention. Hintergrund hierfür ist, dass es sich bei digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V um Maßnahmen der Krankenbehandlung handelt (vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 SGB V). Eine Leistungsgewährung präventiver digitaler Gesundheitsanwendungen auf der Grundlage anderer Vorschriften im SGB V ist hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen (vgl. Abschnitt 8.).²

Voraussetzung einer digitalen Gesundheitsanwendung im Sinne des Gesetzes ist weiterhin, dass bei ihrem Einsatz durch die Versicherten, bei der Interaktion des oder der Versicherten mit Leistungserbringern oder der Interaktion mit weiteren Medizinprodukten die Hauptfunktion des Medizinproduktes durch digitale Technologien umgesetzt sein muss und diese nicht lediglich der Ergänzung oder Steuerung anderer Medizinprodukte dienen darf. Dabei gelten als Medizinprodukte niedriger Risikoklasse gemäß § 33a Abs. 2 SGB V solche, die der

- Risikoklasse I oder
- Risikoklasse IIa

² vgl. hierzu auch Ausführungen im „Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000“ in der jeweils gültigen Fassung

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

nach der Verordnung (EU) 2017/745 oder, im Rahmen der Übergangsvorschriften, nach der Richtlinie 93/42/EWG zugeordnet und in Verkehr gebracht sind. Durch die Zuordnung der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in eine der beiden Risikoklassen soll sichergestellt werden, dass diese direkt oder indirekt keine ernststen Gesundheitsstörungen verursacht oder zur unmittelbaren Gefahr für die Versicherten werden könnte.

Unabhängig von der Klassifizierung nach Maßgabe der medizinproduktrechtlichen Vorschriften ist es weiterhin erforderlich, dass die digitale Gesundheitsanwendung in Verkehr gebracht ist und der Hersteller diese allgemein zugänglich anbietet.

Zu den digitalen Gesundheitsanwendungen können unter den genannten Voraussetzungen medizinische Apps und Software (Desktop- oder Browseranwendungen) gehören, die wiederum auch Hardware (z. B. Sensoren, Wearables) umfassen können, sofern diese wesentlich auf digitalen Technologien beruhen, die z. B. darauf ausgerichtet sind, einen medizinischen Nutzen im engeren Sinn einer therapeutischen Verbesserung durch positive Beeinflussung patientenrelevanter Endpunkte wie der Lebensqualität zu erzielen. Zielsetzung einer digitalen Gesundheitsanwendung kann neben dem medizinischen Nutzen beispielsweise auch die Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung, in Bezug auf eine sachgerechte Inanspruchnahme ärztlicher und anderer Leistungserbringer, eine bessere Koordinierung der Versorgungsabläufe, die Förderung der Patienteninformation und Patientensouveränität oder die Bewältigung krankheitsbedingter praktischer Schwierigkeiten sein.

4. Leistungsberechtigte

Berechtigt zur Inanspruchnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen sind diejenigen, die nach den jeweiligen Vorschriften des SGB V einen Anspruch auf Sozialleistungen haben können. Dies sind in erster Linie die gesetzlich Versicherten sowie die in § 264 Abs. 2 SGB V genannten Personen.

5. Leistungsvoraussetzungen

Zur Gewährleistung einer zweckentsprechenden Versorgung hat der Gesetzgeber den Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen an verschiedene Anspruchsvoraussetzungen geknüpft.

5.1 Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V

Gemäß § 33a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V umfasst der Anspruch der Versicherten nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) nach § 139e SGB V aufgenommen wurden. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass nur solche Anwendungen vom Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind, die in Bezug auf Si-

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

cherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit sowie auf das Vorliegen der positiven Versorgungseffekte im Sinne des § 8 der Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV) geprüft wurden.

Das Verzeichnis ist bindend und abschließend. Demzufolge ist eine digitale Gesundheitsanwendung, die in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde, sofern auch alle anderen im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllt sind, ab dem Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis von der Krankenkasse zu übernehmen. Eine Inanspruchnahme anderer als die in dem vom BfArM geführten Verzeichnis enthaltenen digitalen Gesundheitsanwendungen ist auf der Grundlage von § 33a Abs. 1 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen ausgeschlossen. Insofern entspricht das DiGA-Verzeichnis einer Positivliste für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Zur Erstellung und Pflege eines solchen Verzeichnisses entscheidet das BfArM nach § 139e Abs. 3 Satz 1 SGB V über die von Herstellern eingereichten Anträge rechtsverbindlich innerhalb von 3 Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen (sogenanntes Fast-Track Verfahren). Jede digitale Gesundheitsanwendung erhält eine eindeutige Verzeichnisnummer. Das Verzeichnis selbst ist nach Gruppen strukturiert, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind (vgl. § 139e Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 20 DiGAV).

Das BfArM soll gemäß § 139e Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 22 DiGAV vierteljährlich im Bundesanzeiger

- die Bildung neuer Gruppen oder die Veränderung bestehender Gruppen digitaler Gesundheitsanwendungen in dem Verzeichnis,
- die Aufnahme neuer digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis,
- die Änderung an dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendung nach § 139e Abs. 6 Satz 1 SGB V sowie
- die Streichung von digitalen Gesundheitsanwendungen aus dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen,

veröffentlichen.

Im Zusammenhang mit der Entscheidung über die Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das DiGA-Verzeichnis bestimmt das BfArM ebenfalls die ärztlichen Leistungen, die Leistungen der Heilmittelerbringer oder die Leistungen der Hebammenhilfe, die zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind sowie die Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a SGB V von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden (vgl. § 139e Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

Zu unterscheiden sind digitale Gesundheitsanwendungen, die das BfArM entweder „dauerhaft“ oder aber zunächst vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V aufnimmt. Vorläufig werden digitale Gesundheitsanwendungen dann aufgenommen, wenn bei Antragstellung zwar alle Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz, Datensicherheit und Qualität erfüllt sind, jedoch keine hinreichenden Nachweise für tatsächliche positive Versorgungseffekte vorliegen. Damit wird eine vorläufige Aufnahme in die Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer einmaligen Erprobungsphase, in der die erforderlichen Nachweise generiert werden können, ermöglicht. Die Erprobungsphase ist auf bis zu zwölf bzw. nach Verlängerung auf maximal 24 Monate beschränkt und nicht wiederholbar. Im Verzeichnis über die erstattungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen ist die vorläufige Aufnahme (Erprobung und Dauer) öffentlich kenntlich zu machen (vgl. § 139e Abs. 4 Sätze 1, 4 und 7 SGB V).

Ist eine digitale Gesundheitsanwendung im Rahmen der Erprobung in das Verzeichnis aufgenommen, so kann diese – sofern vom Hersteller innerhalb des Erprobungszeitraumes keine positiven Versorgungseffekte nachgewiesen werden – nur bis zum Ende des Erprobungszeitraumes von der Krankenkasse übernommen werden.

Unabhängig davon, ob eine digitale Gesundheitsanwendung dauerhaft oder vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wird, kann diese auch optionale Dienste und Funktionen enthalten, die der Hersteller den Nutzern und Nutzerinnen zusätzlich anbietet. Solche Funktionalitäten können beispielsweise die Verknüpfung mit einem sozialen Netzwerk, zusätzliche Anbindungsmöglichkeiten für Geräte und Apps sowie Terminbuchungsfunktionen oder eigene Module, die als eigenständiges Medizinprodukt zertifiziert sind, sein. Zusätzliche Funktionen dürfen laut BfArM allerdings keinen Einfluss auf die medizinische Zweckbestimmung der digitalen Gesundheitsanwendung haben und positive Versorgungseffekte nicht gefährden oder verändern. Entsprechende Zusatzfunktionen werden im Rahmen des Antragsverfahrens vom BfArM nicht geprüft und entsprechende Kosten für solche Zusatzfunktionen können von Krankenkassen nicht erstattet werden (vgl. hierzu Abschnitt 6.1). Informationen über eventuelle Mehrkosten, z. B. für Zubehör (Hardware, die nicht im DiGA-Verzeichnis als zur digitalen Gesundheitsanwendung zugehörig – beispielsweise über die Pharmazentralnummer – ausgewiesen ist) oder Funktionen, die auf Wunsch hinzugebucht werden können, sind dem DiGA-Verzeichnis zu entnehmen.

Neben den bereits genannten Informationen enthält das Verzeichnis u. a. auch folgende Angaben:

- Patientengruppe/Indikation, für die positive Versorgungseffekte nachgewiesen wurden oder nachgewiesen werden sollen,
- nachgewiesene bzw. nachzuweisende positive Versorgungseffekte
- empfohlene Mindest- und eventuell Höchstdauer der Nutzung,
- im Zusammenhang mit dem Einsatz der digitalen Gesundheitsanwendung notwendige ärztliche Leistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammenhilfe, sofern zutreffend,

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

- Erläuterung der vorgesehenen Nutzerrollen für Patienten/Patientinnen, Angehörige, Ärzte/Ärztinnen und andere Leistungserbringer
- aktuell gültiger Preis,
- Voraussetzungen zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung, z. B. Hardwareanforderungen oder Versionen des erforderlichen Betriebssystems.

Das Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen ist auf der Internetseite des BfArM (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>) öffentlich zugänglich.

5.2 Verordnung oder Antrag der Versicherten

§ 33a Abs. 1 Satz 2 SGB V regelt weiterhin, dass der Anspruch nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen umfasst, die entweder

- nach Verordnung des behandelnden (Zahn-)Arztes bzw. der behandelnden (Zahn-)Ärztin oder des behandelnden Psychotherapeuten bzw. der behandelnden Psychotherapeutin oder alternativ dazu
- mit Genehmigung der Krankenkasse

angewendet werden. Dies soll gewährleisten, dass digitale Gesundheitsanwendungen zweckentsprechend zur Unterstützung der vertrags(zahn-)ärztlichen oder sonstigen Gesundheitsversorgung angewendet werden.

Empfehlungen zur Frage, ob in diesem Zusammenhang die Vorgaben des § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung finden, sind dem gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

5.2.1 Verordnung durch behandelnde Vertragsärzte und Vertragsärztinnen oder behandelnde Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von behandelnden Vertrags(zahn-)ärzten bzw. Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen³ auf Muster 16 („Arzneiverordnungsblatt“) verordnet werden (vgl. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7a SGB V). Dabei gilt, dass immer nur eine digitale Anwendung je Mustervordruck mit Angabe der entsprechenden Pharmazentralnummer (PZN) verordnet werden darf.

Zu einer digitalen Gesundheitsanwendung kann es unterschiedliche Verordnungseinheiten geben (vergleichbar mit den verschiedenen Dosierungen und Packungsgrößen bei Arzneimitteln), die jeweils mit einer eigenen PZN versehen sind. So kann die digitale Gesundheitsanwendung zielgerichtet verordnet werden. Die einzelnen Verordnungseinheiten können sich je nach Ausgestaltung der Anwendung z. B. darin unterscheiden,

³ Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen verwenden das Muster 16 mit der BSNR 999999999 (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2021/239 vom 30.03.2021).

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

- ob in der Verordnung Hardware (z. B. Pulsmesser, EKG-Sensorik) eingeschlossen ist,
- für welche Anwendungsdauer (z. B. 30, 60, 90 Tage – wird vom Hersteller festgelegt) die digitale Gesundheitsanwendung verordnet wird oder
- sofern von der Anwendung unterschiedliche Module umfasst sind, welches dieser Module verordnet werden soll (Bsp. DiGA für psychische Erkrankungen: Modul Agoraphobie; Modul Sozialphobie; Modul Panikstörung).

Ebenfalls kann in Fällen, in denen eine digitale Gesundheitsanwendung für unterschiedliche Indikationen mit unterschiedlichen Inhalten anwendbar ist, jeder Indikation eine eigene PZN zugeordnet werden.

Die PZN sind den Ausführungen zur jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung im DiGA-Verzeichnis zu entnehmen.

Eine Verordnung kann im Rahmen der ambulanten vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung, dem Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt gemäß § 39 Abs. 1a SGB V oder einem Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung nach § 40 Abs. 1 SGB V erfolgen.

Auch im Rahmen der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen haben Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (vgl. §§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 3, 12 Abs. 1 Satz 1 sowie 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Verordnung soll dementsprechend dann erfolgen, wenn der Behandler oder die Behandlerin zur Einschätzung gelangt, dass eine digitale Gesundheitsanwendung zur Unterstützung der vertrags(zahn-)ärztlichen oder sonstigen Gesundheitsversorgung angewendet werden kann. Insoweit gehört es auch zum Versorgungsauftrag der Vertrags(zahn-)ärzte und Vertrags(zahn-)ärztinnen sowie der Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen Versicherte zu beraten, wenn dies durch die digitale Gesundheitsanwendung initiiert ist sowie deren Anwendungsergebnisse in die ärztliche Behandlung einzubeziehen. Ist im DiGA-Verzeichnis für eine digitale Gesundheitsanwendung die Verordnung durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin vorgesehen, ist dies als Voraussetzung verbindlich.

Sofern für ein vorgesehenes Behandlungsziel bezugnehmend auf ein Erkrankungsbild mehrere Gesundheitsanwendungen im Sinne von § 33a Abs. 1 Satz 1 SGB V verfügbar sein sollten, ist entsprechend des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch den Behandler oder die Behandlerin grundsätzlich die kostengünstigste Anwendung zu verordnen. Die zeitgleiche Verordnung mehrerer digitaler Gesundheitsanwendungen mit gleichem Nutzen zu einem Erkrankungsbild wäre unwirtschaftlich.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

5.2.2 Antrag durch Versicherte

Als Alternative zur ärztlichen Verordnung können Versicherte auf eigene Initiative oder Empfehlung anderer, nicht verordnungsbefugter Leistungserbringer bei ihrer Krankenkasse digitale Gesundheitsanwendungen selbst – formlos – beantragen. Für die Erteilung der Genehmigung bestimmen die Krankenkassen das Verfahren und die Entscheidungskriterien (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.4). Die Entscheidung über die Genehmigung kann sowohl im Rahmen des jeweiligen Einzelfalls als auch als allgemeine Bekanntmachung für eine unbestimmte Zahl von Versicherten der Krankenkasse ausgestaltet sein.

Voraussetzung für die Erteilung einer Genehmigung im Einzelfall ist, dass Versicherte das Vorliegen der medizinischen Indikation nachweisen, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist. Die Indikation kann neben den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern auch von Privatärzten bzw. Privatärztinnen bzw. privatärztlich tätigen Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen bestätigt werden. In Bezug auf die Feststellung der Diagnose sind die berufsrechtlichen Voraussetzungen maßgeblich. Ein Anspruch auf Erstattung bzw. Übernahme der den Versicherten ggf. entstehenden Kosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern besteht nicht.

Sofern als spezifische Zugangsvoraussetzung zur jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung vorgesehen ist, dass diese durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin zu verordnen ist, ist dies auch in Bezug auf den Nachweis der medizinischen Indikation zu beachten. Der Nachweis der entsprechenden medizinischen Indikation ist andernfalls nicht ausreichend.

Zur Sicherstellung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung soll die Krankenkasse regelmäßig kontrollieren, dass eine tatsächliche bzw. regelmäßige Inanspruchnahme der Anwendung erfolgt. Vor diesem Hintergrund könnte es sich anbieten, dass Versicherte im Rahmen der Beantragung nachweisen, dass die Anwendungsergebnisse der digitalen Gesundheitsanwendung in die (fach-)ärztliche Behandlung eingebunden werden, auch wenn die Verordnung nicht durch die behandelnde Person selbst, sondern auf Eigeninitiative der oder des Versicherten bzw. Empfehlung eines anderen Leistungserbringers erfolgt ist.

Ferner ist unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu prüfen, ob die oder der Versicherte bereits eine digitale Gesundheitsanwendung mit gleichem Nutzen zum nachgewiesenen Erkrankungsbild zu Lasten seiner oder ihrer Krankenkasse beansprucht. Die zeitgleiche Versorgung mit mehreren digitalen Gesundheitsanwendungen mit gleichem Ziel zu einem Erkrankungsbild wäre unwirtschaftlich und die Kosten von den Krankenkassen daher nicht zu übernehmen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

5.3 Kein Leistungsausschluss gemäß § 33a Abs. 4 Satz 3 SGB V

§ 33a Abs. 4 Satz 3 SGB V regelt, dass ein Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a Abs. 1 SGB V dann nicht besteht, wenn diese Leistungen enthalten, die nach dem Dritten Kapitel des SGB V ausgeschlossen sind oder der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über diese Leistungen bereits eine ablehnende Entscheidung nach den §§ 92, 135 oder 137c SGB V getroffen hat.

Dem Wortlaut der Regelung entsprechend können Leistungen, die aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden, nicht durch digitale Zusatzfunktionen oder dadurch erstattungsfähig werden, dass sie in Form oder als Teil anderer digitaler Gesundheitsanwendungen angeboten werden. Die Regelung dient der Zielsetzung, eine Umgehung von gesetzlichen Leistungsausschlüssen (z. B. Altersgrenzen), ablehnende Entscheidungen des BfArM über die Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V oder einschränkende Entscheidungen des G-BA wegen erwiesener Unzweckmäßigkeit oder Unwirtschaftlichkeit von Leistungen, zu vermeiden.

Sofern digitale Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis nach § 139e SGB V (vorübergehend) aufgenommen wurden, versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen umfassen, ist die Kostentragung durch die Krankenkassen auf den erstattungsfähigen Anteil oder den anspruchsberechtigten Versichertenkreis beschränkt. Ob eine digitale Gesundheitsanwendung versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen umfasst, ist durch das BfArM zu prüfen.

5.4 Leistungsentscheidung

Unabhängig von den bereits dargestellten Leistungsvoraussetzungen können Krankenkassen im Rahmen ihrer Leistungsentscheidung neben der Prüfung allgemeiner Ausschlussstatbestände (bestehendes Versicherungsverhältnis etc.) ebenfalls prüfen, ob

- die digitale Gesundheitsanwendung und die dafür festgelegte Patientengruppe/Indikation, für die positive Versorgungseffekte nachgewiesen wurden oder (bei Erprobung) nachgewiesen werden sollen, übereinstimmen,
- eine empfohlene Mindest-/Höchstdauer der Nutzung besteht oder im Rahmen einer Erprobung, wann das Ende des Erprobungszeitraumes vorgesehen ist,
- im Zusammenhang mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung Voraussetzungen zur Inanspruchnahme festgelegt wurden (z. B. Alter, indikationsspezifische Vorgaben, Verordnung durch Facharzt/Fachärztin) oder Kontraindikationen bestehen,
- Mehrkosten entstehen (vgl. Abschnitt 6.) und
- die digitale Gesundheitsanwendung in die (fach-)ärztliche Behandlung eingebunden wird.

Sofern die digitale Gesundheitsanwendung durch einen Vertrags(zahn-)arzt, eine Vertrags(zahn-)ärztin oder einen Vertragspsychotherapeuten bzw. eine Vertragspsychotherapeutin verordnet wird, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Anwendung in die bestehende (fach-)ärztliche Behandlung eingebunden wird.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

Spezifisch für eine digitale Gesundheitsanwendung festgelegte Voraussetzungen (z. B. Alter, maximale Behandlungsdauer) sind als Leistungsvoraussetzung insoweit bindend und dem DiGA-Verzeichnis auf der Internetseite des BfArM zu entnehmen.

Sind die (ggf. auch direkt im Zusammenhang mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung) vorgesehenen Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Rahmen der Leistungsentscheidung ist auch seitens der Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V maßgeblich, so kann es z. B. bei digitalen Gesundheitsanwendungen, die über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden, wirtschaftlich sein, die Kostenübernahme zu befristen, um zu prüfen, ob die Versicherten die Anwendung auch tatsächlich nutzen bzw. diese in die (fach-)ärztliche Behandlung eingebunden ist. Ebenfalls zu beachten ist, dass die Kostenübernahme für eine parallele Inanspruchnahme (unterschiedlicher) digitaler Gesundheitsanwendungen zu einem Erkrankungsbild mit gleichem Nutzen/gleicher Zielsetzung unwirtschaftlich ist. Die Kosten von zeitgleich verordneten/beantragten digitalen Gesundheitsanwendungen zu unterschiedlichen Indikationen oder Zielsetzungen können, sofern auch alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind, durch die Krankenkasse übernommen werden. Unter dem Aspekt des Wirtschaftlichkeitsgebotes ebenfalls zu prüfen wäre, ob die Zielsetzung einer digitalen Gesundheitsanwendung noch erreichbar ist und damit eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgen kann, wenn absehbar sein sollte, dass eine Anwendung zeitnah aus dem DiGA-Verzeichnis entfällt.

Im Zusammenhang mit der Beurteilung des Leistungsantrags ist es der Krankenkasse unbenommen, zu Fragen der medizinischen Voraussetzungen (z. B. bei indikationsspezifischen Vorgaben, zur Abklärung von Kontraindikationen oder bei einer hohen Anzahl von Folgeverordnungen) den Medizinischen Dienst auf der Grundlage von § 275 Abs. 1 SGB V einzubinden.

6. Mehrkosten und Zuzahlung

Nach § 33a Abs. 1 Satz 4 SGB V haben Versicherte die Mehrkosten zu tragen, wenn sie digitale Gesundheitsanwendungen wählen, deren Funktion oder Anwendungsbereiche über die im DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommenen Gesundheitsanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 134 SGB V übersteigen. Das Gesetz unterscheidet damit zwei Anwendungsfälle zur Tragung von Mehrkosten.

6.1 Mehrkosten aufgrund von Zusatzfunktionen

Wie unter 5.1 beschrieben, kann eine digitale Gesundheitsanwendung auch optionale Dienste und Funktionen oder Anwendungsbereiche (z. B. Verknüpfung mit einem sozialen Netzwerk) enthal-

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

ten, welche die Hersteller Nutzern und Nutzerinnen zusätzlich gegen einen Kostenbeitrag anbieten. Informationen über ggf. anfallende Mehrkosten, z. B. für Zubehör oder Funktionen, die auf Wunsch hinzugebucht werden können, sind im DiGA-Verzeichnis hinterlegt. Eine Übernahme dieser Kosten durch Krankenkassen ist nach § 33a Abs. 1 Satz 4 SGB V ausgeschlossen.

6.2 Mehrkosten aufgrund von die Vergütung nach § 134 SGB V übersteigenden Kosten

Die Vergütungsbeträge digitaler Gesundheitsanwendungen werden auf der Grundlage von § 134 SGB V vereinbart.

Dabei gilt, dass im ersten Jahr nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V digitale Gesundheitsanwendungen grundsätzlich nach dem herstellerseitig festgelegten Preis von den Krankenkassen vergütet werden, sofern der tatsächliche Preis nach § 134 Abs. 5 Satz 1 SGB V nicht den Höchstbetrag für die jeweilige digitale Gesundheitsanwendung gemäß § 134 Abs. 5 Satz 3 Nr. 2 SGB V in der Rahmenvereinbarung nach § 134 Abs. 4 SGB V überschreitet. Ab dem zweiten Jahr gelten die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen vereinbarten Vergütungsbeträge für digitale Gesundheitsanwendungen mit Wirkung für alle Krankenkassen. Diese Vergütungsbeträge gelten unabhängig davon, ob die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Abs. 3 SGB V dauerhaft oder nach § 139e Abs. 4 SGB V zur Erprobung erfolgt (vgl. § 134 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V).

Die freie Preisgestaltung der Hersteller wird dadurch allerdings nur unwesentlich eingeschränkt. Ihnen ist es – unabhängig von einem vereinbarten Vergütungsbetrag oder der Festlegung eines Höchstbetrages nach § 134 Abs. 5 Satz 3 Nr. 2 SGB V – unbenommen, einen höheren Abgabepreis zu verlangen. Der Differenzbetrag zwischen dem vom Hersteller festgelegten Abgabepreis und dem durch den zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband vereinbarten Vergütungsbetrag bzw. dem festgelegten Höchstbetrag ist nach § 33a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom Versicherten selbst zu tragen.

6.3 Zuzahlung

Eine Zuzahlung zu digitalen Gesundheitsanwendungen im Sinne von § 61 SGB V wurde vom Gesetzgeber nicht festgelegt.

7. Form der Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsanwendungen

Versicherte sollen digitale Gesundheitsanwendungen grundsätzlich als Sachleistung in Anspruch nehmen können. Lediglich im Ausnahmefall, wenn entsprechende Anwendungen nur über digitale Betriebsplattformen Dritter zur Verfügung gestellt werden können und den Versicherten dadurch Kosten entstehen, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der Kostenerstattung durch die Krankenkasse vorgesehen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

7.1 Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips

Im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten mit der notwendigen Software hat der Gesetzgeber in § 33a Abs. 3 SGB V vorgesehen, dass Hersteller den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung stellen (vgl. § 33a Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Unabhängig davon, ob der oder die Versicherte die digitale Gesundheitsanwendung auf der Grundlage einer Verordnung des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten bzw. der behandelnden Ärztin/Psychotherapeutin oder selbstständig mittels eines Nachweises der – ärztlich festgestellten – medizinischen Indikation beantragt, ist die Übermittlung des entsprechenden Nachweises zur Krankenkasse notwendig. Diese prüft, ob die maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind und übermittelt dem oder der Versicherten – ggf. mit weitergehenden Informationen – einen Freischaltcode/Rezeptcode, der zur Aktivierung (Starten) der Anwendung benötigt wird. Nach der Aktivierung der digitalen Gesundheitsanwendung kann diese für den vorgesehenen Zeitraum genutzt werden.

Die Abrechnung der Kosten für die digitale Gesundheitsanwendung findet – entsprechend des Sachleistungsprinzips – zwischen Krankenkasse und Hersteller (unter Bezugnahme auf den verwendeten Freischaltcode/Rezeptcode) auf der Grundlage des § 302 SGB V statt. Der Vergütungsanspruch des Herstellers entsteht erst mit der Inanspruchnahme der Anwendung.

Mehrkosten, die ggf. den Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. Abschnitte 6.1 und 6.2), sind von diesen selbst an den Hersteller zu zahlen. Eine Verpflichtung der Krankenkassen diese Mehrkosten für den Hersteller von den Versicherten einzufordern, besteht nicht.

7.2 Digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen von Kostenerstattung

Eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip ist lediglich dann vorgesehen, wenn eine Übertragung oder Abgabe nach § 33a Abs. 3 Satz 1 SGB V – also mittels elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern – durch die Hersteller nicht möglich ist. In diesen Fällen können digitale Gesundheitsanwendungen über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen (z. B. als Download im „App-Store“) zur Verfügung gestellt werden. Sollten den Versicherten hierdurch Kosten entstehen, hat die Krankenkasse dem oder der Versicherten in diesen Fällen die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134 SGB V zu erstatten (vgl. § 33a Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Eine Bereitstellung von Gesundheitsanwendungen über digitale Betriebsplattformen Dritter, die gegebenenfalls zu höheren Kosten führen kann, soll laut Gesetzgeber auf Ausnahmen beschränkt bleiben und nur dann greifen, wenn die Zurverfügungstellung durch Hersteller aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht möglich ist oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu bewerkstelligen wäre.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

Rechtsgrundlage für die Kostenerstattung in den beschriebenen Fällen bildet § 33a Abs. 3 Satz 2 2. Halbsatz SGB V. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht, sofern die Leistungsvoraussetzungen für die digitale Gesundheitsanwendung erfüllt sind und es sich um die im Gesetz beschriebene Ausnahme handelt, in denen der Hersteller die Anwendung nur – kostenpflichtig – über digitale Betriebsplattformen Dritter zur Verfügung stellen kann. Die Krankenkasse erstattet dem oder der Versicherten gegen Vorlage der Rechnung die tatsächlichen für die digitale Gesundheitsanwendung entstandenen Kosten, maximal bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134 SGB V. Dabei ist zu beachten, dass – wie unter Punkt 6.2 beschrieben – die Vergütungsbeträge nach § 134 SGB V grundsätzlich erst ab dem zweiten Jahr nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

Sofern Versicherte einen Kostenerstattungsantrag für digitale Gesundheitsanwendungen innerhalb des ersten Jahres nach ihrer Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis stellen, ist die Erstattung grundsätzlich nach dem herstellerseitig festgelegten Abgabepreis vorzunehmen, es sei denn es wurde ein Höchstbetrag festgesetzt.

Zusätzliche Kosten, die gegebenenfalls dadurch anfallen, dass die Anwendung durch eine digitale Vertriebsplattform Dritter (z. B. „App-Store“) zur Verfügung gestellt wird, sind ebenfalls von der Krankenkasse an den Versicherten oder die Versicherte zu erstatten.

7.3 Erforderliche Begleitleistungen

Im Zusammenhang mit der Versorgung einer digitalen Gesundheitsanwendung können gegebenenfalls vertrags(zahn-)ärztliche Leistungen, Leistungen von Heilmittelerbringern oder der Hebammenhilfe erforderlich sein. Diese sind vom Leistungsanspruch des oder der Versicherten umfasst und werden, sofern entsprechende Vergütungspositionen vorhanden sind, im Rahmen des Sachleistungsprinzips durch die zugelassenen Leistungserbringer abgerechnet. Die im Vierten Kapitel des SGB V vorgesehenen Regelungen zum Leistungserbringerrecht gelten somit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen gleichermaßen.

Eine Abrechnung/Erstattung von Behandlungsleistungen, die im Rahmen digitaler Gesundheitsanwendungen erforderlich sind, durch Privatärzte bzw. Privatärztinnen oder nicht zugelassene Leistungserbringer (z. B. Ernährungsberater bzw. Ernährungsberaterinnen) ist dementsprechend nicht möglich.

7.3.1 Kostenerstattung für ärztliche Begleitleistungen

Sofern vertragsärztliche oder psychotherapeutische Leistungen zur Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erforderlich und diese zum Zeitpunkt der Aufnahme der Anwendung in

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

das DiGA-Verzeichnis nicht im Rahmen der bereits bestehenden Vergütungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sind, haben Versicherte für diese Leistungen einen Anspruch auf Kostenerstattung.

Soweit digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Abs. 3 SGB V dauerhaft in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind, so sind entweder der EBM für ärztliche oder der EBM für zahnärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme anzupassen (vgl. § 87 Abs. 5c Satz 1 SGB V). Sind digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Abs. 4 SGB V vorläufig in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufgenommen worden, so vereinbaren die Partner der Bundesmantelverträge gemäß § 87 Abs. 5c Satz 2 SGB V innerhalb von drei Monaten nach der vorläufigen Aufnahme eine Vergütung für ärztliche Leistungen, die während der Erprobungszeit nach Festlegung des BfArM nach § 139e Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Versorgung mit und zur Erprobung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind. Solange keine Entscheidung über eine Anpassung des EBM nach § 87 Abs. 5c Satz 1 SGB V getroffen ist, hat der Vertrags(zahn-)arzt bzw. die Vertrags(zahn-)ärztin oder der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin Anspruch auf die nach § 87 Abs. 5c Satz 2 SGB V vereinbarte Vergütung. Soweit und solange keine Vereinbarung nach § 87 Abs. 5c Satz 2 SGB V getroffen ist oder sofern eine Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V ohne Erprobung erfolgt und keine Entscheidung über eine Anpassung nach § 87 Abs. 5c Satz 1 SGB V getroffen ist, können Versicherte die ärztlichen Leistungen, die für die Versorgung mit oder zur Erprobung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen – also in voller – Höhe zu erstatten (vgl. § 87 Abs. 5c Satz 3 und 4 SGB V).

Nach § 87 Abs. 5c Satz 5 SGB V endet die Möglichkeit der Inanspruchnahme vertrags(zahn-)ärztlicher Leistungen im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 1 SGB V, sobald eine Entscheidung über die Anpassung des EBM nach § 87 Abs. 5c Satz 1 SGB V getroffen ist.

Durch die Regelung zur Kostenerstattung soll gewährleistet werden, dass die notwendigen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen – unabhängig davon, ob es sich um eine vorläufige oder dauerhafte Anwendung handelt – sofort ab deren Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Eine dem § 87 Abs. 5c Satz 4 und 5 SGB V entsprechende Regelung zur Kostenerstattung begleitender Leistungen von Heilmittelerbringern oder Hebammen wurde im Gesetz nicht vorgesehen. Sofern es zu Kostenerstattungsanträgen für Leistungen von Heilmittelerbringern oder der Hebammenhilfe im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen kommt, weil notwendige Leistungen noch nicht verhandelt wurden, sind diese Anträge mangels vorhandener Rechtsgrundlage abzulehnen.

8. Verhältnis zu anderen Vorschriften im SGB V

Der Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen wurde im fünften Abschnitt des dritten Kapitels im SGB V verankert und damit den „Leistungen bei Krankheit“ zugeordnet. Auch wenn der Gesetzgeber neue Verfahren zur Aufnahme dieser Leistung in die Regelversorgung sowie neue Zugangswege für die Erlangung digitaler Gesundheitsanwendungen geschaffen hat, gelten die für die gesetzliche Krankenversicherung festgelegten Maßstäbe im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, insbesondere auch im Rahmen der Versorgung durch Leistungserbringer, grundsätzlich gleichermaßen. Ausnahmen bestehen, soweit der Gesetzgeber dies spezialgesetzlich geregelt hat.

8.1 Regelungen nach § 33a Abs. 4 SGB V

Die Vorschrift des § 33a Abs. 4 SGB V hat klarstellenden Charakter. So bleiben gemäß § 33a Abs. 4 Satz 1 SGB V die Leistungsansprüche der Versicherten, die sich aus anderen Vorschriften des SGB V ergeben, durch § 33a SGB V unberührt und werden folglich nicht ausgeschlossen. Demnach sind Medizinprodukte, die unter die Legaldefinition für digitale Gesundheitsanwendungen fallen und zugleich auch als Hilfsmittel einzuordnen oder Bestandteil neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind, nach den für diese Leistungen geltenden Vorschriften vom Leistungsumfang erfasst. Insoweit können bei solchen Medizinprodukten voneinander unabhängige, alternative Leistungsansprüche der Versicherten bestehen sowie voneinander unabhängige Verfahren zur Aufnahme in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung existieren, die sich nicht gegenseitig ausschließen.

Dementsprechend kann, auch wenn nicht vom Leistungsumfang nach § 33a Abs. 1 SGB V umfasst, der Anspruch auf digitale Medizinprodukte zur Verhütung von Krankheiten im Sinne von Prävention auf der Basis anderer im SGB V vorgesehener Rechtsgrundlagen bestehen. Dies, da nach § 33a Abs. 4 Satz 1 SGB V Leistungsansprüche nach anderen Vorschriften von § 33a SGB V unberührt bleiben. Vor diesem Hintergrund bleiben auch Leistungsansprüche auf digitale Gesundheitsanwendungen die von Krankenkassen im Rahmen von Satzungsleistungen, Modellvorhaben oder Selektivverträgen zur Verfügung gestellt werden, unberührt.

Gemäß § 33a Abs. 4 Satz 2 SGB V besteht der Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen unabhängig davon, ob es sich bei einer solchen Anwendung im Einzelfall um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode handelt, über die der G-BA noch nicht entschieden hat. Es bedarf keiner vorherigen Anerkennungsentscheidung des G-BA in einer Richtlinie nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Mit dem Anerkennungsverfahren digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V durch das BfArM hat der Gesetzgeber für diese ein neues Verfahren für die Aufnahme von Leistungen in die Regelversorgung etabliert (vgl. Abschnitt 5.1). Im Rahmen dieses Verfahrens findet eine Prüfung, ob es sich bei der digitalen Gesundheitsanwendung im konkreten Fall um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode handelt, nicht statt.

Gemeinsames Rundschreiben vom 02.12.2021 zu den leistungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit § 33a SGB V – Digitale Gesundheitsanwendungen

Allerdings regelt die Vorschrift auch die Umgehung von

- gesetzlichen Leistungsausschlüssen (z. B. Altersgrenzen bei Vorsorgeuntersuchungen),
- ablehnende Entscheidungen des BfArM über die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V, aufgrund fehlender Nachweise über positive Versorgungseffekte, oder
- einschränkenden bzw. ablehnenden Entscheidungen des G-BA nach den §§ 92, 135 oder 137c SGB V (z. B. in Bezug auf den Ausschluss bestimmter Patientengruppen).

Das heißt, Leistungen, die aus den beispielhaft genannten Gründen vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, können nicht durch digitale Zusatzfunktionen oder dadurch erstattungsfähig werden, dass sie in Form oder als Teil anderer digitaler Gesundheitsanwendungen angeboten werden (vgl. § 33a Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Sofern digitale Gesundheitsanwendungen versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen umfassen, ist die Kostenübernahme der Krankenkassen dementsprechend auf den Teil, der vom Leistungsumfang erfasst ist, oder den anspruchsberechtigten Personenkreis zu beschränken. Ob eine digitale Gesundheitsanwendung versicherungsfremde oder ausgeschlossene Leistungen umfasst, ist durch das BfArM zu prüfen.

8.2 Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a SGB V

Der Anspruch auf Leistungen ruht für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (vgl. § 16 Abs. 3a Satz 2 1. Halbsatz SGB V).

Die Regelung zum Leistungsruhen gemäß § 16 Abs. 3a und 3b SGB V gilt auch im Hinblick auf Leistungsansprüche nach § 33a SGB V. Damit greifen die in Bezug auf eine einheitliche kassen(arten)übergreifende Rechtsauslegung gefundenen Grundsätze – beispielsweise zur Umsetzung des Leistungsruhens bei chronischen Erkrankungen oder akuten Schmerzzuständen sowie bei Beendigung des Leistungsruhens – gleichermaßen. Dementsprechend muss ggf. auch in Bezug auf die jeweilige digitale Gesundheitsanwendung im Einzelfall entschieden werden, ob und ggf. ab welchem Zeitpunkt ein Leistungsruhen zum Tragen kommt.

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

5. § 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes,
§ 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld;
hier: Änderung des § 45 SGB V durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Sachstand:

Versicherte haben gemäß § 45 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (Kinderkrankengeld). Nach § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB V besteht der Anspruch auf Kinderkrankengeld in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage je Versicherten, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Gemäß § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist der Anspruch für Versicherte auf 25 Arbeitstage und für alleinerziehende Versicherte auf 50 Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt.

Durch 5. Artikel des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021 (BGBl. I Nr. 79 vom 23.11.2021, S. 4906 ff.) werden die im Kalenderjahr 2021 geltenden Regelungen eines erweiterten Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes weitestgehend auch im Kalenderjahr 2022 fortgeführt. Danach haben Versicherte im Jahr 2022 pro Kind und Elternteil bis zu 30 statt 10 Arbeitstage Anspruch auf Kinderkrankengeld; bei mehreren Kindern beträgt die Höchstanspruchsdauer je Elternteil 65 Arbeitstage. Für Alleinerziehende erhöht sich der Anspruch von 20 auf 60 Arbeitstage pro Kind, bei mehreren Kindern auf 130 Arbeitstage. Daneben besteht der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 2a Satz 3 SGB V, bei dem das Kind aus pandemiebedingten Gründen betreut werden muss, bis zum 19.03.2022. Durch Artikel 6 des Gesetzes werden die Regelungen zum 01.01.2023 wieder aufgehoben.

Anlässlich der Änderungen des § 45 SGB V u.a. durch das 4. Bevölkerungsschutzgesetz vom 22.04.2021 (BGBl. I Nr. 18 vom 22.04.2021, S. 802 ff.) haben der GKV-Spitzenverband und die



Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zuletzt im Rahmen der Sondersitzung der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 26.04.2021 über den Umgang mit Anträgen auf Übertragung von Anspruchstagen für das Kalenderjahr 2021 beraten, insbesondere für zurückliegende Fälle im Kalenderjahr 2021 sowie zum Umgang mit Anträgen auf Übertragung der Anspruchstage zwischen den Elternteilen.

Um eine einheitliche Umsetzung für Anträge auf Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld auch für das Kalenderjahr 2022 zu gewährleisten, war es angezeigt, im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht folgende Punkte zu beraten:

1. Umgang mit Anträgen auf Übertragung von Anspruchstagen

Sind im Falle einer Erkrankung des Kindes beide Elternteile berufstätig und kommt sonst niemand als für die Pflege geeignete Person in Betracht, können grundsätzlich die Eltern entscheiden, wer von ihnen die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes übernimmt (vgl. BAG vom 20.06.1979 – 5 AZR 361/78). Infolgedessen wünschen Versicherte gelegentlich, ihren Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V auf den jeweils anderen Elternteil des Kindes zu übertragen. Damit wird der Leistungsanspruch für beide Elternteile auf einen Versicherten konzentriert. Im Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 17.03.2021 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII (GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld) empfiehlt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene im Interesse einer familienorientierten Handhabung des § 45 SGB V, die Verständigung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu akzeptieren, einen Elternteil, dessen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und auf Freistellung von der Arbeit bereits erschöpft ist, gleichwohl nochmals freizustellen, sofern der andere Elternteil, dessen Anspruch noch nicht erschöpft ist, die Betreuung des erkrankten Kindes nicht übernehmen kann. Entsprechende Fälle sind nach den Ausführungen des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld einheitlich abzuwickeln.

Es war darüber zu beraten, ob das – vor dem Hintergrund der Ausweitung des Kinderkrankengeldanspruchs für das Kalenderjahr 2021 durch das GWB-Digitalisierungsgesetz und das 4. Bevölkerungsschutzgesetz – zuletzt in der Sondersitzung der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 26.04.2021 beschlossene Besprechungsergebnis zu TOP 1 zu übertragen ist.



2. Anspruch auf ein pandemiebedingtes Kinderkrankengeld

Der Anspruch auf ein Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 2a Satz 3 SGB V für eine Betreuung des Kindes aus pandemiebedingten Gründen endet am 19.03.2022.

Es war ein einheitliches Vorgehen der Praxis abzustimmen.

3. Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII

Gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII besteht im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes ein Anspruch auf Kinderverletztengeld. § 45 SGB V gilt bis auf die in § 45 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 2 SGB VII beschriebenen Ausnahmen. Damit sind die Vorgaben zur Anspruchsdauer des § 45 Abs. 2 SGB V auch beim Kinderverletztengeld anzuwenden.

Vor dem Hintergrund der Verlängerung des Kinderkrankengeldanspruchs für das Kalenderjahr 2020 durch das Krankenhauszukunftsgesetz verständigten sich der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in Absprache mit dem Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bereits mit Besprechungsergebnis zu TOP 2 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 17.09.2020 u. a. darauf, wie mit Anträgen auf Kinderverletztengeld im Kalenderjahr 2020 umzugehen ist.

Auch die Verlängerung des Anspruchszeitraums durch das GWB-Digitalisierungsgesetz und durch das 4. Bevölkerungsschutzgesetz für das Jahr 2021 wird – in Abstimmung mit der DGUV – für das Kinderverletztengeld mit Wirkung ab dem 05.01.2021 angewendet (vgl. Besprechungsergebnisse zu TOP 1 der Sondersitzung der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 15.02.2021 und 26.04.2021).

Fraglich war, ob die Ausweitung des Anspruchszeitraums im Jahr 2022 durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite ebenfalls für das Kinderverletztengeld gilt.

Eine Thematisierung im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war angezeigt.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten analog zu den Besprechungsergebnissen zu TOP 2 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 17.09.2020 und zu TOP 1 der Sondersitzung der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 15.02.2021 und 26.04.2021 einheitlich die nachfolgenden Auffassungen:

1. Übertragung des Anspruchs zwischen den Elternteilen

Das im Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld beschriebene Vorgehen sollte aus Sicht der Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer auch bei Anträgen auf Übertragung der verlängerten Anspruchstage im Jahr 2022 auf Kinderkrankengeld von den Krankenkassen umgesetzt werden. Dabei ist es unerheblich, ob die Anspruchstage aufgrund einer krankheitsbedingten und/oder für Zeiten bis zum 19.03.2022 aufgrund einer pandemiebedingten Betreuung des Kindes in Anspruch genommen werden.

Insofern sollten eingehende Anträge auf Übertragung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld des anderen Elternteils erst nach Ausschöpfung des eigenen erweiterten Höchstanspruchs als Übertragungsfälle gemäß Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld abgewickelt werden.

2. Anspruch auf ein pandemiebedingtes Kinderkrankengeld

Der Anspruch auf ein Kinderkrankengeld aus pandemiebedingten Gründen endet mit Ablauf des 19.03.2022. Damit besteht für Betreuungszeiten ab dem 20.03.2022 kein Anspruch auf Kinderkrankengeld mehr, sofern das Kind aus Gründen nach § 45 Abs. 2a Satz 3 SGB V betreut werden muss. Dies gilt auch für zu diesem Zeitpunkt laufende Betreuungszeiten.

3. Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII

Ein Anspruch auf Kinderverletztengeld besteht für die Dauer nach § 45 Abs. 2 SGB V. Anhand der Gesetzessystematik scheint es weiterhin notwendig, dass die Ausweitung der Anspruchsdauer des Kinderkrankengeldes durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite für das Kalenderjahr 2022 in § 45 Abs. 2a Satz 1 und 2 SGB V auch für den Anspruch auf Kinderverletztengeld gilt.



Der GKV-Spitzenverband ist zur Klärung einer einheitlichen Rechtsauffassung an den Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) herangetreten. Die DGUV teilte mit, dass die Verlängerung des Anspruchszeitraums durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite für das Jahr 2022 wegen des Verweises in § 45 Abs. 4 SGB VII auf den § 45 SGB V auch für das Kinderverletztengeld gilt.

In diesem Zusammenhang informierte die DGUV, dass in Fällen, in denen die Anspruchsvoraussetzungen für das Kinderverletztengeld nicht mehr erfüllt sind, weil die Höchstanspruchsdauer ausgeschöpft ist, gleichwohl aber eine Betreuung des unfallverletzten Kindes weiterhin erforderlich ist, die DGUV ihren Mitgliedern empfiehlt, eine ergänzende Leistung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII für Eltern unfallverletzter Kinder zu zahlen (DGUV-Rundschreiben 0007/2016 vom 11.01.2016). Diese ergänzende Leistung soll in Höhe des (bisherigen) Anspruchs auf Kinderverletztengeldes gezahlt werden und ist zeitlich nicht beschränkt.



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

6. § 39e SGB V – Übergangspflege im Krankenhaus,
§ 60 SGB V – Fahrkosten;
hier: Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Zusammenhang mit Leistungen der Übergangspflege

Sachstand:

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 (BGBl. I Nr. 44 vom 19.07.2021, S. 2754 ff.) wurde der § 39e SGB V eingeführt. Danach haben Versicherte unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege für längstens 10 Tage in dem Krankenhaus, in dem die Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Voraussetzung dafür ist, dass erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege beinhaltet u.a. ein Entlassmanagement.

Krankenkassen übernehmen nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V sind die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages (Fahrkosten abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen) bei Leistungen, die stationär erbracht werden, zu übernehmen. Dies gilt für Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.

Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Versicherten und der



nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit (§ 3 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinie, KT-RL).

Gemäß § 39e Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus zu erbringen, in dem zuvor die Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Daher ist eine Beförderung der Versicherten zur Inanspruchnahme der Leistungen der Übergangspflege nach § 39e SGB V grundsätzlich nicht erforderlich.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass Krankenhäuser die Versicherten regelmäßig aus wirtschaftlichen und/oder organisatorischen Gründen für die Leistungen der Übergangspflege in eine andere Abteilung des Krankenhauses verbringen. Dabei kann es in Einzelfällen vorkommen, dass Versicherte dafür in ein anderes Gebäude oder einen anderen Standort desselben Krankenhauses verbracht werden. Hierbei kann eine Beförderung des Versicherten erforderlich werden.

Es galt daher zu klären, ob in diesen Fällen ein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60 SGB V besteht. Weiterhin war zu klären, ob für die Entlassfahrt aus der Übergangspflege in die Häuslichkeit der Versicherten ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 SGB V besteht.

Vor diesem Hintergrund war eine Beratung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass es sich bei der Übergangspflege nach § 39e SGB V um eine stationäre Leistung im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V handelt. Insofern leitet sich hieraus ein Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten ab.

Da die Leistungen der Übergangspflege nach § 39e SGB V jedoch im selben Krankenhaus erbracht werden, in dem unmittelbar zuvor die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V durchgeführt wurde, befinden sich die Versicherten bereits in der geeigneten Behandlungsstätte im Sinne des § 60 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 2 KT-RL. Damit ist eine Beförderung im Sinne des § 60 SGB V zur Inanspruchnahme der Leistungen der Übergangspflege nach § 39e SGB V nicht erforderlich.



Sofern Versicherte für die Inanspruchnahme der Leistungen der Übergangspflege nach § 39e SGB V innerhalb des Krankenhauses in eine andere Abteilung verbracht werden und hierfür eine Beförderung mit einem Transportmittel nach § 60 Abs. 3 SGB V erforderlich ist, weil die Verbringung in ein anderes Gebäude oder zu einem anderen Standort des Krankenhauses erfolgt, besteht kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Grund hierfür ist, dass die Beförderung in diesen Fällen nicht – wie in § 60 SGB V gefordert – aus zwingenden medizinischen Gründen stattfindet, sondern vielmehr aus wirtschaftlichen und/oder organisatorischen Gründen des Krankenhauses.

Dies entspricht auch dem Vorgehen, sofern Versicherte während einer stationären Krankenhausbehandlung innerhalb eines Krankenhauses in eine andere Abteilung des Krankenhauses verbracht werden und dabei ggf. in ein anderes Gebäude oder zu einem anderen Standort des Krankenhauses befördert werden müssen.

Ist unmittelbar nach der Entlassung aus der Übergangspflege eine Beförderung (Entlassfahrt) der Versicherten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit (z. B. zurück zur Wohnung oder zum Pflegeheim) medizinisch erforderlich, sind die entstehenden Fahrkosten für das zwingend medizinisch notwendige Transportmittel nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu übernehmen.



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 in Berlin

7. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
§ 60 SGB V – Fahrkosten;

hier: Anspruch auf Fahrkostenübernahme für Fahrten zu probatorischen Sitzungen während einer Krankenhausbehandlung

Sachstand:

Gemäß § 92 Abs. 6a Satz 2 SGB V in der Fassung bis 19.07.2021 können während einer laufenden Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden, sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 (BGBl. I Nr. 44 vom 19.07.2021, S. 2754 ff.) wurde der § 92 Abs. 6a Satz 2 SGB V dahingehend erweitert, dass Versicherte während einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V einen Anspruch auf probatorische Sitzungen auch in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis haben können. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll dadurch ermöglicht werden, dass sich Versicherte durch die realen Behandlungserfahrungen frühzeitig für eine Weiterbehandlung in der jeweiligen Praxis entscheiden können. Zudem sollen sie bestärkt werden, eigenständig die Behandlungstermine wahrzunehmen.

Krankenkassen übernehmen nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie, KT-RL) festgelegt hat. Die Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse (vgl. § 60 Abs. 1



Satz 3 und 4 SGB V). Gemäß § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB gilt für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen die Genehmigung mit Ausstellung der ärztlichen Verordnung als erteilt, für Versicherte

- die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) besitzen oder
- in den Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung), Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sind oder
- die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit dem 01.01.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

Fahrkosten zu stationären Leistungen sind nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages (Fahrkosten abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen) zu übernehmen.

Gemäß der Gesetzesbegründung zur Einführung des § 92 Abs. 6a Satz 2 SGB V durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (BT-Drs. 19/13585 vom 25.09.2019), womit zunächst ein Anspruch auf probatorische Sitzungen während einer Krankenhausbehandlung im Krankenhaus eingeführt wurde, handelt es sich bei den probatorischen Sitzungen um eine ambulante Behandlung im Krankenhaus; konkret um eine besondere Form der aufsuchenden Versorgung. Die probatorischen Sitzungen gehören laut den Ausführungen in der Gesetzesbegründung nicht zu den Krankenhausleistungen. Vielmehr handele es sich weiterhin um ambulante Leistungen, die auch entsprechend vergütet werden. Das Krankenhaus stelle lediglich die erforderlichen Räumlichkeiten für die Durchführung der probatorischen Sitzungen zur Verfügung.

Finden die probatorischen Sitzungen nicht im Krankenhaus, sondern in der vertragspsychotherapeutischen Praxis statt, können damit Fahrten der Versicherten verbunden sein.

Vor diesem Hintergrund war darüber zu beraten, ob und unter welchen Voraussetzungen für Fahrten zu probatorischen Sitzungen in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis während einer Krankenhausbehandlung ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 SGB V besteht.

Eine Beratung war in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass für die Beurteilung des akzessorischen Anspruchs auf Übernahme von Fahrkosten als Hauptleistung die erforderliche psychotherapeutische Behandlung und damit die probatorischen Sitzungen zugrunde zu legen sind. Ausgehend von den Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung handelt es sich bei den hier in Frage kommenden probatorischen Sitzungen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis ebenfalls um ambulante Behandlungen.

Insofern kann ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nur bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen von § 60 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V in Verbindung mit der KT-RL bestehen. Die Anspruchsvoraussetzungen werden von dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigten Versicherten nach § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V erfüllt (Versicherte nach § 8 Abs. 3 KT-RL). Daneben kann ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme auch für vergleichbar mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte, die über keinen der in § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Nachweise verfügen, bei Erfüllung der Anmerkungen des § 60 Abs. 1 Satz 3 bis 4 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 4 KT-RL bestehen.

Eine Übernahme von Fahrkosten sollte in den vorgenannten Fällen auch erfolgen, sofern eine aufsuchende Behandlung durch die Vertragspsychotherapeutin bzw. den Vertragspsychotherapeuten dem Grunde nach zwar möglich ist aber nicht durchgeführt wird, da mit der gesetzlichen Änderung des § 92 Abs. 6a Satz 2 SGB V durch das GVWG ausweislich der Gesetzesbegründung die Versicherten u. a. darin bestärkt werden sollen, eigenständig die Termine in der vertragspsychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen.



- nicht besetzt -

