

L 2 KR 180/14

Verkündet am: 17.06.2015

S 23 KR 563/14



Muth

Justizobersekretärin als

Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Klägers und Berufungsbeklagten -

Prozessbevollmächtigter:

[REDACTED]

gegen

[REDACTED]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
auf die mündliche Verhandlung vom 17. Juni 2015 durch

den Präsidenten des Landessozialgerichts Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchdörfer
sowie die ehrenamtlichen Richter Schmidt und Kaltwang

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 11.8.2014 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der Tenor zu 1. wie folgt gefasst wird:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 27.1.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5.5.2014 verurteilt, dem Kläger die von ihm aufgewandten Kosten für 24 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei [REDACTED] in Höhe von 2.220,-- € (24 x 92,50 €) zu erstatten.

Die Beklagte hat auch die außergerichtlichen Kosten des Klägers für das Berufungsverfahren zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die Kosten für eine Langzeittherapie einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie des Klägers zu übernehmen hat.

Auf Antrag des Klägers erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 7.5.2013 ihre Leistungspflicht für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie (§§ 13 Satz 2 Nr. 1, 14 Abs. 2, 14a, 23a Abs. 1 Nr. 2, Nr. 5, 23b Abs. 1 Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Durchführung der Psychotherapie idF. vom 19.2.2009 - Psychotherapierichtlinie) bis zu 25 Leistungen an. Im Anschluss daran beantragte der Kläger unter dem

11.12.2013 bei der Beklagten die Feststellung der Leistungspflicht für eine Langzeittherapie (ebenfalls 25 Leistungen) als Umwandlung bzw. Fortführung der Behandlung durch die Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin [REDACTED]. Der Antrag ging bei der Beklagten am 16.12.2013 ein. Diese erteilte am 17.12.2013 einen Gutachtauftrag (§ 26 der Psychotherapierichtlinie) an Dr. [REDACTED] in [REDACTED] der Kläger wurde hierüber nicht informiert. Mit Gutachten vom 14.1.2014 teilte Dr. [REDACTED] auf einem Formblatt mit, die Voraussetzungen nach § 70 SGB V sowie den Psychotherapierichtlinien und der Psychotherapievereinbarung für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie seien als nicht erfüllt anzusehen; angekreuzt ist auf diesem Formblatt weiter, die aktuell wirksame Psychodynamik der seelischen Erkrankung bzw. das Störungsmodell werde nicht ausreichend erkennbar und die Wahl des Therapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lasse einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten. Die individuelle Begründung hierfür ist geschwärzt; weder ist diese in den Verwaltungsakten enthalten noch hat der Kläger hiervon Kenntnis erhalten.

Mit Bescheid vom 27.1.2014 lehnte die Beklagte den Antrag gegenüber Frau [REDACTED] und dem Kläger ab. Dem Gutachten müsse man entnehmen, dass die Leistungspflicht nicht gegeben sei.

Im Widerspruchsverfahren verwies der Kläger auf § 13 Abs. 3a SGB V und die darin enthaltene Genehmigungsfiktion; die dortige Fünfwochenfrist sei verstrichen und der Antrag gelte daher als genehmigt. Im Übrigen habe er sich die Leistung selbst beschafft und er erbitte Kostenerstattung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5.5.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Im Wesentlichen führte sie aus, nach den Psychotherapierichtlinien müsse bei einer Überführung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie ein Gutachterverfahren eingeleitet werden. Eine Kostenerstattung könne nach § 13 Abs. 3a SGB V nur bis zum Erhalt des Ablehnungsbescheids vom 27.1.2014, somit bis zum 30.1.2014 erfolgen, wenn tatsächlich die Kosten nachgewiesen

werden könnten. Der angefochtene Bescheid sei nicht zu beanstanden.

Mit Bescheid vom 6.5.2014 übernahm die Beklagte die Kosten für eine Therapiesitzung am 24.1.2014 in Höhe von 92,50 €.

Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger seine Argumentation vertieft. Durch die Fiktion des § 13 Abs. 3a SGB V sei die Beklagte mit Fristablauf der Fünfwochenfrist mit allen Einwendungen ausgeschlossen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, der Gesetzgeber sei davon ausgegangen, dass die Genehmigungsfiktion nur die Verfolgung eines Kostenerstattungsanspruchs vorbereiten solle; § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V sei nur zusammen mit Satz 7 der Norm zu lesen, was bedeute, dass den Versicherten nur einfacher und rascher habe ermöglicht werden sollen, sich eine erforderliche Leistung selbst zu beschaffen. Dass hiermit auch nicht geschuldete Leistungen ermöglicht werden sollten, wäre systemfremd.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.8.2014 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide die Beklagte verurteilt, die Kosten einer psychotherapeutisch fundierten Psychotherapie durch Frau [REDACTED] zu übernehmen.

Im Wesentlichen hat es ausgeführt, das Antragsverfahren des § 25 der Psychotherapierichtlinien sei durchgeführt worden. Die Fünfwochenfrist habe am 20.1.2014 geendet, der ablehnende Bescheid sei aber erst am 27.1.2014 ergangen. Da die Beklagte auch nicht mitgeteilt habe, dass sie die Fünfwochenfrist nicht einhalten könne, sei nach dem klaren und unmissverständlichen Wortlaut der Regelung von § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V der Antrag als genehmigt anzusehen. Eine teilweise in der Rechtsprechung vertretene andere Auffassung sei mit dem eindeutigen Wortlaut nicht zu vereinbaren. Damit sei die Erforderlichkeit der Leistung nicht mehr zu prüfen. Der Gesetzgeber habe eine zügige Rechtsklarheit und Rechtssicherheit erreichen wollen und damit sei es

nicht zu vereinbaren, wenn dieselbe Rechtssituation eintreten könne, wie sie bestanden habe, als es diese Regelung nicht gegeben habe. Es gehe nicht nur um die Erstattung von entstandenen Kosten, sondern die Übernahme von Kosten für eine länger andauernde, in die Zukunft gerichtete medizinische Behandlung. Der Versicherte solle die Gewissheit haben, dass er diese Behandlung beginnen und fortsetzen könne und eine Kostentragung durch die Krankenkasse erfolge, ohne dass nachträglich über die medizinische Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit der Maßnahme gestritten werde. Selbst wenn man sich der Auffassung der Beklagten anschließen würde, führe dies zu keinem anderen Ergebnis. Es sei nämlich davon auszugehen, dass die beantragte Therapie auch medizinisch erforderlich gewesen sei. Dass diese Erkrankung eine psychotherapeutische Behandlung erfordere, habe die Beklagte bereits mit der bewilligten Kurzzeittherapie anerkannt. Die Umwandlung beruhe auf der medizinischen Einschätzung der behandelnden Therapeutin und die gegenteilige Auffassung der Beklagten nach dem Gutachten von Dr. [REDACTED] sei nur zum Teil in der Akte dokumentiert; die Begründung sei der Beklagten offensichtlich selbst nicht bekannt gewesen. Es sei nicht nachvollziehbar, warum dieser Sachverständige zu seiner Stellungnahme gelangt sei.

Die Beklagte hat gegen den am 13.8.2014 zugestellten Gerichtsbescheid am 11.9.2014 Berufung eingelegt und diese im Wesentlichen mit der Argumentation in 1. Instanz begründet. Zu den inhaltlichen Ausführungen des SG weist die Beklagte darauf hin, dass das Gutachterverfahren gerade feststellen solle, ob die Voraussetzungen der Richtlinien und der Vereinbarung erfüllt seien. Hierfür seien bestimmte Kriterien zu überprüfen und ein Formblatt vorgesehen. Außerdem sehe auch der GKV-Spitzenverband in einem gemeinsamen Rundschreiben vom 15.5.2013 in § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V lediglich eine Kostenerstattungsregelung.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 11.8.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Auf Anfrage des Senats hat der Kläger Kopien von Rechnungen über 24 psychotherapeutische Behandlungen über je 92,50 € in der Zeit von Februar 2014 bis Januar 2015 durch Frau [REDACTED] zur Akte gereicht. Frau [REDACTED] hat bestätigt, die Rechnungsbeträge als Barzahlung vor Ort erhalten zu haben.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg, denn das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, die Kosten für die beantragte Psychotherapie zu tragen. Der Senat korrigiert lediglich den Tenor des angefochtenen Gerichtsbescheid dahingehend, dass die Beklagte dem Kläger die - zuvor und zwischenzeitlich - aufgewandten Kosten in Höhe von $(24 \times 92,50 \text{ €}) = 2.220 \text{ €}$ zu erstatten hat. Durch die Rechnungen und die schriftliche Bestätigung durch Frau [REDACTED] ist belegt, dass der Kläger diese Behandlungen in bar bezahlt hat. Damit geht es nicht um eine Sachleistung oder Kostenfreistellung, die die Beklagte gegenüber der Therapeutin zu erfüllen hat, sondern eine Kostenerstattung dem Kläger gegenüber. Bei dem entsprechend geänderten Klageziel handelt es sich gemäß § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG nicht um eine Klageänderung (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14.2.2008, L 5 KR 93/07, Rn. 24; s. auch BSG, Urteil vom 20.3.2007, B 2 U 38/05 R, Rn. 12).

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers ist § 13 Abs. 3a SGB V. Hiernach 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 der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Dass die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Norm im Hinblick auf die Überschreitung der Fünfwochenfrist, die die Beklagte zwischen Antragseingang (zur Antragspflicht vgl. § 25 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie) und Entscheidung nach Einholung des Gutachtens einzuhalten gehabt hätte, erfüllt sind, ist zwischen den Beteiligten nicht im Streit und wurde vom SG zutreffend festgestellt. Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren nur noch darum, welche Rechtsfolge diese Versäumnis hat. Nach dem klaren Wortlaut von § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist dies die Genehmigung der Leistung, die der Kläger auch beantragt hat (25 Sitzungen Langzeittherapie). Eine andere Auslegung entgegen dem klaren Wortlaut ist aus Sicht des Senats nicht möglich.

Der Gesetzgeber hatte im Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen (und keine unmittelbar zu

beanspruchende Sachleistung) ins Auge gefasst, diesen aber nur nach Fristsetzung durch den Patienten (Bundestagsdrucksache 17/10488 S. 32). Im Rahmen der Gesundheitsausschussberatung wurde schließlich das Vorhaben geändert und die Genehmigungsfiktion in den Gesetzestext übernommen (Bundestagsdrucksache 17/11710, S. 30). Diese Änderung wird in der Begründung hervorgehoben. Dort wird ausdrücklich erwähnt, dass die Leistung nach Ablauf der Frist ohne eigene Fristsetzung des Versicherten als genehmigt gilt. Mit der Genehmigungsfiktion wollte der Gesetzgeber offensichtlich die im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG zu vermeidende Benachteiligung eines Versicherten, der finanziell nicht dazu in der Lage ist, die begehrte Leistung sich selbst zu beschaffen, damit vorzufinanzieren und später einen Kostenerstattungsanspruch geltend zu machen, gegenüber einem finanziell gut gestellten Versicherten, der hierzu in der Lage wäre, beseitigen. Die Norm umfasst daher nicht nur die sekundäre Kostenerstattung, sondern dem klaren Wortlaut folgend auch die Verpflichtung zur Gewährung der primären Sachleistung. Der Gesetzgeber wollte offensichtlich innerhalb der zur Entscheidung eingeräumten Fristen zu Gunsten der Versicherten zügig Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen. Nur auf oben genannte Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die zügige Durchführung des Verfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, wenn die Genehmigungsfiktion durch eine außerhalb der Frist erfolgende nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen könnte. Ein solcher fingierter Verwaltungsakt hat dabei die gleichen Rechtswirkungen wie ein tatsächlich erlassener. Durch die Genehmigungsfiktion wird die Leistungsberechtigung des Versicherten wirksam verfügt. Die Krankenkasse ist daher mit allen Einwendungen gegen den Anspruch ausgeschlossen (so die hM.: LSG Essen 5. Senat, Beschluss vom 23.5.2014, L 5 KR 222/14 B ER, Rn. 7, Rn. 9; aus der Rechtsprechung der Sozialgerichte: SG Heilbronn, Urteil vom 10.3.2015, S 11 KR 2425/14, Rn. 31; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 29.1.2015, S 17 KR 479/14, Rn. 14; SG Marburg, Urteil vom 15.1.2015, S 6 KR 160/13, Rn. 34; SG Karlsruhe, Urteil vom 15.12.2014, S 5 KR 2284/14, Rn. 20; SG Augsburg, Urteil vom 27.11.2014, S 12 KR 183/14, Rn. 32 ff.; SG Nürnberg, Beschluss vom 25.3.2014,

S 7 KR 100/14 ER und Urteil vom 27.3.2014, S 7 KR 520/13; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, S 21 KR 282/13; Noftz in Hauck/Haines, SGB V, Erg.-Lfg. 1/14, § 13 S. 78g ff. mwN.).

Die hiervon abweichende Rechtsansicht (vor allem LSG Essen, 16. Senat, Beschluss vom 26.5.2014, L 16 KR 154 und 155/14 B ER, Rn. 26 ff., SG Würzburg, Urteil vom 15.1.2015, S 11 KR 100/14, Rn. 37 ff.; Rieker, NZS 2015, 294, 297. Knispel, SGB 2014, 374 ff.) übersieht, dass es mit dem Ziel der Gesetzesnovellierung nicht vereinbar ist, wenn dieselbe Situation eintritt bzw. eintreten kann, wie sie vor der Einführung der Genehmigungsfiktion im Rahmen der Freistellung nach § 13 Abs. 3 SGB V bestanden hat, dass nämlich der Anspruch auf die erforderliche Leistung innerhalb des Systems der GKV zu überprüfen ist. Wenn Prüfungsumfang und Zeitdauer des Verfahrens durch eine nachträgliche Überprüfung praktisch wieder identisch mit den Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung werden, hätte die Neuregelung in der Praxis keine spürbar positiven Effekte für den Schutz der Patientenrechte. Ausgehend von Wortlaut sowie Sinn und Zweck der Regelung kann die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V daher nur so zu verstehen sein, dass nach Ablauf der Fristen der geltend gemachte Anspruch von der Krankenkasse ohne weitere Prüfungen zu erfüllen ist (vgl. die o.a. hM in der Rechtsprechung).

Der Senat verkennt nicht, dass im Gesetzestext bei der Kostenerstattungsregel des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V von der „erforderlichen“ Leistung die Rede ist und in der Sachleistungsregelung des Satzes 6 das Wort „erforderlich“ fehlt. Trotz dieser Formulierung wird im Text ein uneingeschränkter Sachleistungsanspruch festgelegt, der schon eintritt, wenn die Krankenkasse die Fristvorschriften nicht beachtet. Auf materielle Inhalte wird gerade nicht abgestellt. Diesen Sachleistungsanspruch von dem Kostenerstattungsanspruch je nach Erforderlichkeit abzugrenzen, verbietet sich schon aus Gleichbehandlungsgrundsätzen, so dass der Kläger nicht nur den Sachleistungsanspruch, sondern auch den Kostenerstattungsanspruch hat, wenn er – wie hier – sich die Leistung selbst verschafft hat. Die Erforderlichkeit der

Leistung folgt schon aus der Rechtswirkung der Genehmigungsfiktion. Die Gesetzesnovellierung entgegen dem klaren Wortlaut im Sinne des – letztlich nicht umgesetzten – Entwurfs des Gesetzes auszulegen, würde den im Wortlaut klar ausgedrückten Willen des Gesetzgebers missachten. Dass die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V insoweit von den parallelen in §§ 14, 15 SGB IX abweichen, hat keinen Einfluss auf die Reichweite der krankenversicherungsrechtlichen Anspruchsnorm. Ebenso ist es ohne Bedeutung, welchen Inhalt das gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.5.2013 zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V hat und welche Aussage dies trifft. Dies sind reine, für die Gerichte unverbindliche Auslegungen, sie haben daher keinen normativen Charakter.

Da es sich bei den beantragten Psychotherapieleistungen um solche innerhalb des Systems des SGB V (Psychotherapierichtlinien) bei Subsumtion eines konkreten Einzelfalls handelt, kann der Senat offen lassen, ob die Fiktionswirkung auch bei klar von dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfassten Leistungen (wie neuen Behandlungsmethoden) eingreift. Hier sei aber darauf hinzuweisen, dass auch fiktive Verwaltungsakte grundsätzlich der Aufhebung (Rücknahme nach § 45 SGB X) zugänglich sind und unbillige Ergebnisse dadurch wieder beseitigt werden könnten (LSG Essen, 5. Senat, aaO., Rn. 10). Eine Umdeutung des Bescheids der Beklagten vom 27.1.2014 in eine Rücknahmeentscheidung nach § 45 SGB X scheidet schon deshalb aus, weil die Beklagte ein Rücknahmeermessen nicht ausgeübt hat.

Zudem war – worauf schon das SG zutreffend hingewiesen hat – die Ablehnungsentscheidung der Beklagten rechtswidrig, denn eine Begründung für die Ablehnung enthält der Bescheid nicht; weder dem Senat noch dem Kläger wurden diese Gründe mitgeteilt. Auch im Widerspruchsbescheid ist lediglich der angekreuzte Text im Formblatt des Gutachters angegeben und es wird auf die Stellungnahme verwiesen, die direkt an die Therapeutin gesandt worden ist. Dies entspricht allerdings nicht den Erfordernissen einer Begründung belastender Verwaltungsakte, wie es in § 35 Abs. 1 SGB X gefordert ist. Nach Satz 2 der

Vorschrift sind in der Begründung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Die pauschalen und lapidaren Sätze in den angefochtenen Entscheidungen genügen hierzu bei weitem nicht. Auch § 26 der Psychotherapierichtlinien gebietet nicht, von einer in sich schlüssigen und nachvollziehbaren Begründung abzusehen, wie es beispielsweise in § 35 Abs. 2 Nr. 2 SGB X ermöglicht wird. Die hier geübte Verfahrensweise, die sich weder aus den Psychotherapierichtlinien noch aus der Psychotherapievereinbarung ergibt, erlaubt noch nicht einmal der Beklagten als Krankenkasse, die Entscheidung des Gutachters zu überprüfen. Vielmehr wird bei diesem Procedere der Gutachter selbst faktisch zur entscheidenden Stelle und dies ist rechtlich nicht möglich.

Hieraus kann sich aber nur ergeben, dass der Ablehnungsbescheid rechtswidrig und aufzuheben ist; einen Anspruch auf die begehrte Langzeittherapie gibt dieser Fehler alleine allerdings nicht.

Die Berufung hat daher keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Der Senat lässt die Revision (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) wegen grundsätzlicher Bedeutung zu, denn höchstrichterliche Rechtsprechung zur Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V gibt es – soweit ersichtlich – noch nicht.