
Datum: 21.06.2016
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 292/14
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2016:0621.S13KR292.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 06.06.2014 und des Widerspruchsbescheides vom 16.10.2014 verurteilt, den Kläger mit einer myoelektrischen Unterarmprothese mit einer "i-limb revolution"-Hand der Fa. Touch Bionics zu versorgen. Die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers trägt die Beklagte.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einer myoelektrischen Handprothese. 2
- Der am 00.00.0000 geborene Kläger hat aufgrund einer angeborenen Fehlbildung keine (natürliche) linke Hand. Im November 2012 beantragte er die Versorgung mit einer Myoprothesenhand Modell "i-limb ultra" der Firma Touch Bionics. Er legte hierzu eine entsprechende Hilfsmittelverordnung seines Kinderarztes vom 22.10.2012 sowie einen Kostenvoranschlag der Firma Orthopädie Forum GmbH vom 06.11.2012 über 58.517,40 EUR vor. 3
- In einem von der Beklagten veranlassten Gutachten des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 22.02.2013 stellte Dr. H. nach Untersuchung des Klägers fest, dass die Ausstattung mit einem Körperersatzstück nicht zu beanstanden sei, jedoch eine "i-limb ultra"-Prothese weit über das erkennbar Notwendige hinaus gehe; er empfahl eine Probeversorgung unter Anfertigung eines neuen Schaftes und Montage einer Hand, welche 4

gestreckt, gebeugt, geöffnet, geschlossen und in der Längsachse der Gliedmaße gedreht werden könne; derartige Fabrikate würden von verschiedenen Firmen hergestellt.

Gleichwohl bewilligte die Beklagte durch Bescheid vom 15.03.2013 eine Probeversorgung mit einer myoelektrischen Unterarmprothese inklusive "i-limb"-Hand für drei Monate; sie übernahm die hierfür von der Firma Orthopädie Forum GmbH veranschlagten Kosten von 10.216,72 EUR. 5

Nach Abschluss der Erprobung beantragte der Kläger am 19.08.2013 die Versorgung mit einer Myoprothesenhand Modell "i-limb revolution" der Firma Touch Bionics. Er legte hierzu eine entsprechende Hilfsmittelverordnung des Universitätsklinikums Aachen vom 17.07.2013 und einen Kostenvoranschlag der Firma Orthopädie Forum GmbH vom 16.08.2013 über 63.595,87 EUR vor. 6

Mit Schreiben vom 06.09.2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass nach erfolgter Erprobung der myoelektrischen Prothese nun eine definitive Versorgung beantragt werde; zur Prüfung des Umfangs der Neuversorgung bat die Beklagte um Zusendung der vergleichenden Videodokumentation über die Erprobung (auf CD oder DVD) bis zum 23.09.2013. 7

Mit Schreiben vom 13.09.2013 teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er die Genehmigung des Kostenvoranschlags erwarte, da "laut Patientenrechtgesetz die Frist abgelaufen" sei. Mit weiterem Schreiben vom 20.09.2013 legte der Kläger die gewünschte CD vor. 8

Mit Schreiben vom 07.10.2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass zur Prüfung, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für eine myoelektrische Unterarmprothese erfüllt sind, eine Beurteilung durch den MDK erforderlich sei, weshalb um etwas Geduld gebeten werde. Am selben Tag erteilte die Beklagte einen entsprechenden Prüfauftrag an den MDK. Am 08.10.2013 teilte der MDK-Arzt der Beklagten mit, er halte eine körperliche Untersuchung des Klägers für sinnvoll ("ggf. KU sinnvoll"). 9

In einem nach Aktenlage erstellten Gutachten vom 22.10.2013 kam der MDK-Arzt Dr. H. zum Ergebnis, die Videoaufnahmen ließen einen merklichen Gebrauchsvorteil der myoelektrischen Prothesen nicht erkennen; ein Körperersatzstück könne dem Kläger nicht verwehrt werden, jedoch werde angeregt, ein Vergleichsangebot einzuholen, welches am Maß des erkennbar Notwendigen und des sinnvollen ausgerichtet sei. 10

Mit Schreiben vom 21.11.2013 übermittelte die Beklagte dem Kläger das MDK-Gutachten, fasste dessen Inhalt nochmals zusammen und teilte mit, sie habe sich mit der Firma Orthopädie Forum GmbH in Verbindung gesetzt mit der Zielsetzung, dass der Kläger ausschließlich zum Zwecke einer persönlichen Begutachtung beim MDK erneut mit einer "i-limb"-Hand ausgestattet werde. Hiergegen legte der Kläger am 27.11.2013 Widerspruch ein, soweit das Schreiben vom 21.11.2013 "eine ablehnende Entscheidung enthalten sollte". 11

Daraufhin teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 29.11.2013 mit, dass bisher keine ablehnende Entscheidung ergangen sei. 12

Durch Bescheid vom 17.01.2014 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine erneute 3-monatige Erprobung einer myoelektrischen Prothesenhand "i-limb ultra". Nach Abschluss der Erprobung kamen der MDK-Arzt Dr. H. und der Orthopädietechniker C. in MDK-Stellungnahmen vom 28.03.2014 zum Ergebnis, die myoelektrische Prothese "i-limb ultra" übersteige das Maß des Notwendigen; es dürfe unterstellt werden, dass der Kläger ähnliche 13

oder zumindest gleichwertige Gebrauchsvorteile auch mit dem Einsatz einer Myo-Hand "Variplus Speed" der Firma Otto Bock erzielen könne.

Durch Bescheid vom 06.06.2014 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers auf Versorgung mit einer "i-limb revolution"-Hand ab und bot unter Hinweis auf die Empfehlung des MDK eine myoelektrische Unterarmversorgung mit einer "Vario Speed"- oder einer "Sensor Speed"-Hand an. 14

Durch weiteren Bescheid vom 11.07.2014 bewilligte die Beklagte eine myoelektrische Armprothese mit einer "Variplus Speed Hand", deren Kosten sich auf 21.994,34 EUR beliefen. Mit dieser Prothese ist der Kläger seit dem 30.09.2014 und aktuell versorgt; nach seinen Angaben und den Feststellungen des Leistungserbringers ist der Schaft inzwischen wachstumsbedingt ca. 3 cm zu kurz und hat einen technischen Defekt. 15

Mit Schreiben vom 12.07.2014 teilte der Kläger der Beklagten mit, dass sie die Versorgung mit der Prothese "Variplus Speed" nur als Interimsversorgung akzeptiere und verstehe und am Anspruch auf die Versorgung mit einer "i-limb"-Hand weiter festhalte. 16

Durch Widerspruchsbescheid vom 16.10.2014 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zurück, wobei sie sich in der Einleitung allerdings auf einen "Widerspruch vom 13. September 2013 gegen den Bescheid vom 6. September 2013" bezog. Zur Begründung führte sie aus, die begehrte Versorgung übersteige das Maß des Notwendigen; eine "i-limb ultra"-Prothese weise keine wesentlichen Gebrauchsvorteile gegenüber einer "Variplus Speed"-Hand auf. Die Beklagte räumte ein, dass nach mehreren Probeversorgungen die Neuversorgung mit einer Variplus Speed Myohand "als vorläufige Versorgung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die begehrten Prothesenhandversorgung" erfolgt sei. 17

Dagegen hat der Kläger am 20.11.2014 Klage erhoben. Er trägt vor, er könne die Funktionen einer myoelektrischen "i-limb"-Hand nach seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten nutzen; es handele sich um ein fortschrittliches Hilfsmittel, das erhebliche Gebrauchsvorteile gegenüber dem bisherigen Prothesenhandsystem aufweise. Im übrigen ist der Kläger der Auffassung, in Bezug auf die am 19.08.2013 beantragte Abversorgung mit einer "i-limb revolution"-Prothese sei die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingetreten. 18

Der Kläger beantragt, 19

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 06.09.2013, 21.11.2013 und 06.06.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16.10.2014 zu verurteilen, ihn mit einer myoelektrischen Unterarmprothese mit einer "i-limb revolution"-Hand, hilfsweise einer "i-limb ultra"-Hand der Fa. Touch Bionics zu versorgen. 20

Die Beklagte beantragt, 21

die Klage abzuweisen. 22

Sie bleibt bei ihrer in den angefochtenen Bescheiden vertretenen Rechtsauffassung. Sie ist der Auffassung, dass die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V nicht eingetreten ist. Sie stützt sich insbesondere auf die Bestimmung des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V, wonach für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die §§ 14, 15 des Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Zuständigkeitserklärung und Erstattung selbst beschaffter 23

Leistungen gelten.

Das Gericht hat über das Ergebnis der Erprobung und die Gebrauchsvorteile einer "i-limb"-Prothese Auskünfte der Firma Orthopädie Forum GmbH (vom 20.02.2015) und ein Gutachten von Prof. Dr. S. (vom 09.12.2015) eingeholt, auf die verwiesen wird. 24

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 25

Entscheidungsgründe: 26

Die Klage ist zulässig und begründet. 27

Streitgegenstand ist der Bescheid vom 06.06.2014, durch den die Beklagte den Versorgungsantrag vom 19.08.2013 abgelehnt hat, und der Widerspruchsbescheid vom 16.10.2014. Soweit die Beklagte im Widerspruchsbescheid einleitend auf "den Widerspruch vom 13. September 2013 gegen den Bescheid vom 6. September 2013" Bezug genommen hat, handelt es sich dabei offensichtlich um ein Versehen, für das die Beklagte auch in der mündlichen Verhandlung auf Befragen des Kammervorsitzenden keine Erklärung hatte. Das Schreiben vom 06.09.2013 enthält nicht einmal im Ansatz eine ablehnende Entscheidung, sondern im Wesentlichen die Bitte um Zusendung der vergleichenden Videodokumentation zwecks Prüfung des Umfangs der Versorgung. Dementsprechend ist das Schreiben des Klägers vom 13.09.2013, mit dem er seine Erwartung der Genehmigung des Kostenvoranschlags zum Ausdruck gebracht hat, im verfahrensrechtlichen Sinne auch kein Widerspruch gegen einen Bescheid vom 06.09.2013. Die eigentlich "ablehnende Entscheidung" der Beklagten, auf die und den dagegen gerichteten Widerspruch sie sich im Abschnitt I der Entscheidungsgründe des Widerspruchsbescheides vom 16.10.2014 bezieht, ist der Bescheid vom 06.06.2014. Dass der Kläger seinen Klageantrag im Hinblick auf die Formulierung im Widerspruchsbescheid vorsorglich auch auf einen "Bescheid vom 06.09.2013" und einen solchen vom 21.11.2013 bezieht, ist unschädlich. Eine Verwaltungsqualität mit (belastendem) Regelungsinhalt kommt weder dem Schreiben vom 06.09.2013 – wie oben dargelegt – noch dem Schreiben vom 21.11.2013 – zu dem die Beklagte selbst klar gestellt hat, dass noch keine ablehnende Entscheidung ergangen ist, – zu. 28

Der Kläger wird durch den angefochtenen Bescheid vom 06.06.2014 und den Widerspruchsbescheid vom 16.10.2014 insoweit beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG), als die Beklagte dadurch den Antrag vom 19.08.2013 auf Versorgung mit einer myoelektrischen Unterarmprothese mit "i-limb revolution"-Hand der Firma Touch Bionics abgelehnt hat. Denn diese beantragte Leistung gilt bereits mit Ablauf des 23.09.2013 – fünf Wochen nach Eingang des Leistungsantrags – gem. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt. Die Ablehnung der Versorgung durch Bescheid vom 06.06.2014 beinhaltet weder eine Rücknahme bzw. Aufhebung noch einen Widerruf der bereits fiktiv erfolgten Genehmigung, da die Voraussetzungen der allein in Betracht kommenden Vorschriften der §§ 44 bis 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht erfüllt sind. Weder war die fiktive Genehmigung der – später abgelehnten – Leistung rechtswidrig, noch war die Beklagte berechtigt, die rechtmäßige fiktive Genehmigung zu widerrufen, noch ist in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse die zum Zeitpunkt der fiktiven Genehmigung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten, die die Aufhebung der Genehmigung gerechtfertigt hätte. 29

Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (Satz 4). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden (Satz 8). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen (Satz 9).

30

§ 13 Abs. 3a SGB V ist durch Artikel 2 Nr.1 des "Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" vom 20.02.2013 (BGBl. I 2013 S. 277) eingefügt worden und am 26.02.2013 in Kraft getreten. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers bezweckt diese Vorschrift "die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient damit zum einen der schnelleren Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung können Versicherte sich die erforderlichen Leistungen selbst beschaffen. Diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip stellt eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankasse dar, die nicht in einem angemessenen Zeitraum entscheidet" (Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32).

31

Die Beklagte hat zu dem Versorgungsantrag vom 19.08.2013 eine gutachtliche Stellungnahme des MDK eingeholt. Sie hat jedoch die im Hinblick darauf einschlägige 5-Wochen-Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht eingehalten und dem Kläger die Gründe hierfür nicht vor Ablauf der Frist und damit rechtzeitig mitgeteilt. Die Frist des § 13 Abs.3a Satz 1 SGB V beginnt nach § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch am auf den Antragseingang folgenden Tag und endet mit dem Ablaufe des Tages der letzten Woche, der nach seiner Benennung dem Tag des Antragseingangs entspricht. Der Antrag des Klägers auf Versorgung mit einer Myoprothese mit "i-limb revolution"-Hand links ist per FAX am 19.08.2013 bei der Beklagten eingegangen; hiernach lief die maßgebliche 5-Woche-Frist am 23.09.2013 ab. Die (ablehnende) Entscheidung der Beklagten über den Antrag des Klägers erfolgte aber erst am 06.06.2014 und damit weit außerhalb der fünföchigen Frist. Eine den Eintritt der Genehmigungsfiktion verhindernde schriftliche Mitteilung nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V erfolgte nicht. Diese liegt insbesondere nicht in dem Schreiben der Beklagten vom 06.09.2013. Erstmals mit Schreiben vom 07.10.2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass für die Prüfung der Kostenübernahme eine Stellungnahme des MDK erforderlich sei. Diese Mitteilung war jedoch weder "unverzüglich" im Sinne des § 13 Abs.3a Satz 2 SGB V noch "rechtzeitig" im Sinne des § 13 Abs.3a Satz 5 SGB V, da sie erst nach Eintritt der Genehmigungsfiktion erging. Somit ist mit Ablauf des 23.09.2013 die Rechtsfolge des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten: die am 19.08.2013 beantragte Versorgung mit einer

32

myoelektrischen Unterarmprothese mit "i-limb revolution"-Hand der Firma Touch Bionics gilt ab 24.09.2013 als genehmigt.

Die Beklagte hätte zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion zwingend noch vor Ablauf der Frist mitteilen müssen, dass sie beabsichtigt, eine MDK-Stellungnahme einzuholen, und dass die Frist nicht würde einhalten können; darüber hinaus hätte sie die Gründe hierfür benennen müssen. Dies wäre insbesondere deshalb erforderlich gewesen, weil die Hinweispflicht der Krankenkasse eine wichtige Brückenfunktion zwischen der Bindung an die Entscheidungsfristen und den an die Überschreitung geknüpften Sanktionen nach § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 SGB V hat. Normzweck ist es, den Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, ob die Entscheidung fristgerecht erfolgt oder eine Selbstbeschaffung zulässig ist. Die vorgeschriebene Schriftform trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion (vgl. SG Marburg, Urteil vom 15.01.2015 – S 6 KR 160/13; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015 – S 16 KR 96/14; abrufbar bei "juris"). Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht und damit an die benannte Warnfunktion anknüpft. Wenn das Nicht-Einhalten-Können der gesetzlichen 5-Wochen-Frist nicht mitgeteilt wird und auch keine dafür maßgeblichen Gründe aufgeführt werden, wird die mit § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V gesetzlich normierte Warnfunktion nicht erfüllt (SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016 – S 8 KR 435/14; abrufbar bei "juris").

33

Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen. Fingierte Verwaltungsakte haben die gleichen Rechtswirkungen wie tatsächlich erlassene Verwaltungsakte (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: EL I/2014, § 13 Rn. 58I). Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung der Klägerin wirksam verfügt und die Beklagte mit allen Einwendungen ausgeschlossen.

34

Zu Inhalt, Umfang und Wirkung (Bedeutung) der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V sind inzwischen eine Vielzahl von Entscheidungen ergangen; einige stützen die Auffassung des Klägers, andere die der Beklagten. Grundlegend und höchstrichterlich hat sich das Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 08.03.2016 (B 1 KR 25/15 R) mit der Thematik befasst. Insbesondere hat es sich mit der Bedeutung des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V ("Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neuntes Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.") auseinandergesetzt. Das BSG hat – für die in seinem Fall als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beantragte Psychotherapie – entschieden, dass die Genehmigungsfiktion zwar nicht für Leistungen zur medizinische Rehabilitation im weiten Sinne der §§ 14,15 SGB IX und auch nicht für Leistungen der GKV zur medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne der §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 ff. SGB V gilt, wohl aber für Leistungen der Krankenbehandlung. Würde die gesamte Bandbreite der Leistungen, wie sie in § 26 Abs. 2 SGB IX als "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" beschreiben werden, von der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ausgenommen, blieben kaum noch Leistungen übrig, deren Genehmigung fingiert werden könnte. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 08.03.2016 unter Randziffer 16 bis 18 ausgeführt: "16 dd) Der Begriff der Leistungen zur medizinischen Reha ist funktionsadäquat auszulegen: Einerseits umfasst er in einem weiten Sinne Leistungen, die eine KK als erstangegangener Reha-Träger nach dem Recht des eigentlich zuständigen Trägers zu erbringen hat, wenn sie den Antrag nicht weiterleitet und deshalb im Außenverhältnis zum zuständigen Träger wird. Die in § 14 Abs 1 und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich in diesem Falle im Außenverhältnis (behinderter Mensch/Reha-Träger) auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser

35

Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind (vgl BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4 RdNr 14 mwN). Einbezogen sind zB Adaptionenmaßnahmen, die eine KK allein nach dem Recht des SGB V nicht leisten müsste (vgl zB BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 16 ff). Dieser Schutzmechanismus darf nicht durch ein zu enges Begriffsverständnis der "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" ausgehebelt werden. Der Entscheidungszeitpunkt der KK spielt hierbei keine Rolle. 17 Andererseits erstreckt sich dieser Leistungsbegriff in der Regelung des § 13 Abs 3a S 9 SGB V - bei einem Antrag auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einem engeren Sinne - nur auf die Leistungen zur medizinischen Reha im Sinne des SGB V. Das sind insbesondere die dort als solche bezeichneten Leistungen (§ 40 SGB V), aber auch zB teilweise Arbeitstherapie (vgl zB BSGE 109, 122 = SozR 4-2500 § 42 Nr 1, RdNr 21 ff, 26 mwN). Versicherte der GKV - wie der Kläger - haben gemäß § 11 Abs 2 S 1 SGB V ua Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Reha, die "notwendig sind, um eine Behinderung () abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern". Diese Leistungen werden unter Beachtung des SGB IX erbracht, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist (§ 11 Abs 2 S 3 SGB V). Die KKn - gemäß § 5 Nr 1, § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX mögliche Träger von Leistungen zur medizinischen Reha - sind nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Reha-Leistungen indes nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (vgl § 11 Abs 2, § 40 SGB V; BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 18). 18 Speziell für Psychotherapie unterscheidet das SGB V zwischen ärztlicher Behandlung einschließlich Psychotherapie (vgl § 27 Abs 1 S 2 Nr 1 SGB V) als einem Teilbereich ambulanter Krankenbehandlung einerseits (vgl zu diesem Begriff in Abgrenzung zur ambulanten Reha § 40 Abs 1 S 1 SGB V) und Leistungen zur medizinischen Reha, zu deren Bestandteilen auch Psychotherapie gehören kann, und ergänzenden Leistungen andererseits (vgl § 27 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V). Im Regelungsbereich ambulanter ärztlicher Behandlung im Rechtssinne wird die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien (RL) nach § 92 SGB V durchgeführt (vgl § 28 Abs 3 S 1 SGB V idF durch Art 2 Nr 2 Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.6.1998, BGBl I 1311; vgl BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 20 RdNr 10). Um eine solche Leistung psychotherapeutischer Krankenbehandlung ging es dem Kläger."

Im vorliegenden Fall ging es dem Kläger nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, sondern um eine originäre Leistung der GKV zur Krankenbehandlung durch Versorgung mit einem Hilfsmittel (Körperersatzstück) gemäß §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 SGB V. Auf diese Leistungen finden – wie auf die vom BSG entschiedene psychotherapeutische Krankenbehandlung – die Sätze 1 bis 3 und 5 bis 7 des § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung.

36

Der Kläger ist als bei der Beklagten Versicherter leistungsberechtigt im Sinne der Regelung. "Leistungsberechtigter" ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der GKV Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse. Der Kläger beantragte hinreichend bestimmt die Versorgung mit einer Myoprothese mit "i-limb revolution"-Hand links. Damit die Leistung im Rechtssinne nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Da der (genehmigende) Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit dem einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen. Die Fiktion kann nur dann greifen,

37

wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R – Rz. 23 m.w.N.). Durch die vertragsärztliche Hilfsmittelverordnung vom 17.07.2013 in Verbindung mit dem Kostenvoranschlag vom 16.08.2013 ist der Versorgungsantrag des Klägers vom 19.08.2013 hinreichend bestimmt und fiktionsfähig.

Entgegen einer teilweise in der Rechtsprechung vertretenen Ansicht greift die Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nicht nur bei Leistungen, die medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Soweit § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V eine "erforderliche Leistung" voraussetzt, bedeutet dies, dass der Antrag eine Leistung betrifft, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich nicht außerhalb des Leistungskatalogs der GKG liegt. Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck an. Denn die Genehmigungsfiktion begründet zu Gunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch. Dieser Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Versicherten, die nicht in der Lage, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R – Rz. 25 unter Hinweis auf LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014 – L 5 KR 222/14 B ER). Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (BSG a.a.O, Rz. 26). Die beantragte myoelektrische Handprothese "i-limb revolution" der Firma Touch Bionics unterfällt ihrer Art nach dem Leistungskatalog der GKV. Der Kläger konnte auch aufgrund der aus seiner Sicht und der Sicht der Firma Orthopädie Forum GmbH erfolgreichen Erprobung sowie der Verordnung der Ärzte des Universitätsklinikums Aachen vom 17.07.2013 diese Hilfsmittelversorgung für geeignet und erforderlich halten. Nach Auskunft der Firma Orthopädie Forum GmbH vom 20.02.2015 war das Ergebnis der Erprobung so, dass der Kläger alle Programme und Greiffunktionen sicher beherrscht und somit die verschiedenen ergotherapeutischen Aufgaben sicher absolviert hat; er konnte die Finger ohne weiteres einzeln ansteuern, um so verschiedene Funktionen wie Zeigen, Drücken mit einem Finger schnell und reproduzierbar auszuführen.

38

Entgegen der Auffassung der Beklagten regelt § 13 Abs.3a SGB V nicht nur Kostenerstattungsansprüche. Vielmehr begründet eine Genehmigungsfiktion auch einen unmittelbar auf Versorgung gerichteten Leistungsanspruch. Hierzu hat die 8. Kammer des Sozialgericht Dortmund im Urteil vom 22.01.2016 (S8 KR 435/14; abrufbar bei "juris") ausgeführt: "Dies ergibt sich zunächst aus einer grammatikalischen Auslegung der Norm. Nach dem klaren Wortlaut gewährt § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch, wohingegen § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch für eine erforderliche Leistung zum Gegenstand hat. Der Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V knüpft die Genehmigungsfiktion ausschließlich daran, dass innerhalb der Frist keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verzögerte Bearbeitung erfolgt. Der Versicherte kann den Eintritt der Genehmigungsfiktion dann zum Anlass nehmen, entweder von der Krankenkasse die Leistung zu verlangen oder sich gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. SG Nürnberg, Urteil vom 30.04.2015 - S 7 KR 496/14 -, juris). Diese grammatikalische Auslegung wird durch eine systematische, historische und teleologische Auslegung bestätigt: Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen vorgesehen, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtegesetz ergibt (BT-Drucks. 312/12, S. 46, siehe auch BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Nachdem durch den

39

Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710, S. 30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere, den klaren Wortlaut einschränkende Erläuterungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen. Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme der Norm kein eigener Regelungsgehalt zu."

Dem schließt sich die erkennende Kammer für den Fall des Klägers an.

40

Die Kostenentscheidung beruht § 193 SGG.

41