



Deutscher Anwaltverein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht

16. Herbsttagung

vom 16. bis 17. September 2016 in Berlin

1

**Kostenerstattung bei Systemversagen
gem. § 13 Abs. 3 SGB V**

Rechtsanwalt Prof. Dr. Martin Stellpflug
Berlin

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

**Kostenerstattung bei Systemversagen
gemäß § 13 Abs. 3 SGB V**

Prof. Dr. Martin Stellpflug

16. Herbsttagung Medizinrecht
Berlin, 16./17. September 2016

Gliederung

I. Allgemeines

II. Tatbestandsvoraussetzungen

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung
2. rechtswidrig abgelehnte Leistung

III. Anspruchsinhalt und -umfang

IV. Genehmigungsfiktion/Praxistest

V. Praxishinweise

I. Allgemeines

Kostenerstattung als Ausnahme zum Sachleistungsprinzip

Sachleistungsprinzip in § 2 Abs. 2 S.1 SGB V:

*„Die Versicherten erhalten die Leistungen als **Sach- und Dienstleistungen**, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen.“*

I. Allgemeines

Kostenerstattung als Ausnahme zum Sachleistungsprinzip

Sachleistungsprinzip in § 2 Abs. 2 S.1 SGB V:

*„Die Versicherten erhalten die Leistungen als **Sach- und Dienstleistungen**, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen.“*



Ausnahme

Kostenerstattung in § 13 Abs. 1 SGB V:

*„Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) **Kosten nur erstatten, soweit** es dieses oder das Neunte Buch **vorsieht**.“*

I. Allgemeines

gesetzliche Kostenerstattungstatbestände

- Wahl des Versicherten (§ 13 Abs. 2 SGB V)
- Systemversagen (§ 13 Abs. 3 SGB V)
- ambulante/stationäre Behandlung im EU- und EWR-Ausland (§ 13 Abs. 4 – 6 SGB V)
- Behandlung bei Auslandsbeschäftigung von Versicherten (§ 17 SGB V)
- qualitativ erforderliche Behandlung im Ausland, Behandlung bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (§ 18 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)

I. Allgemeines

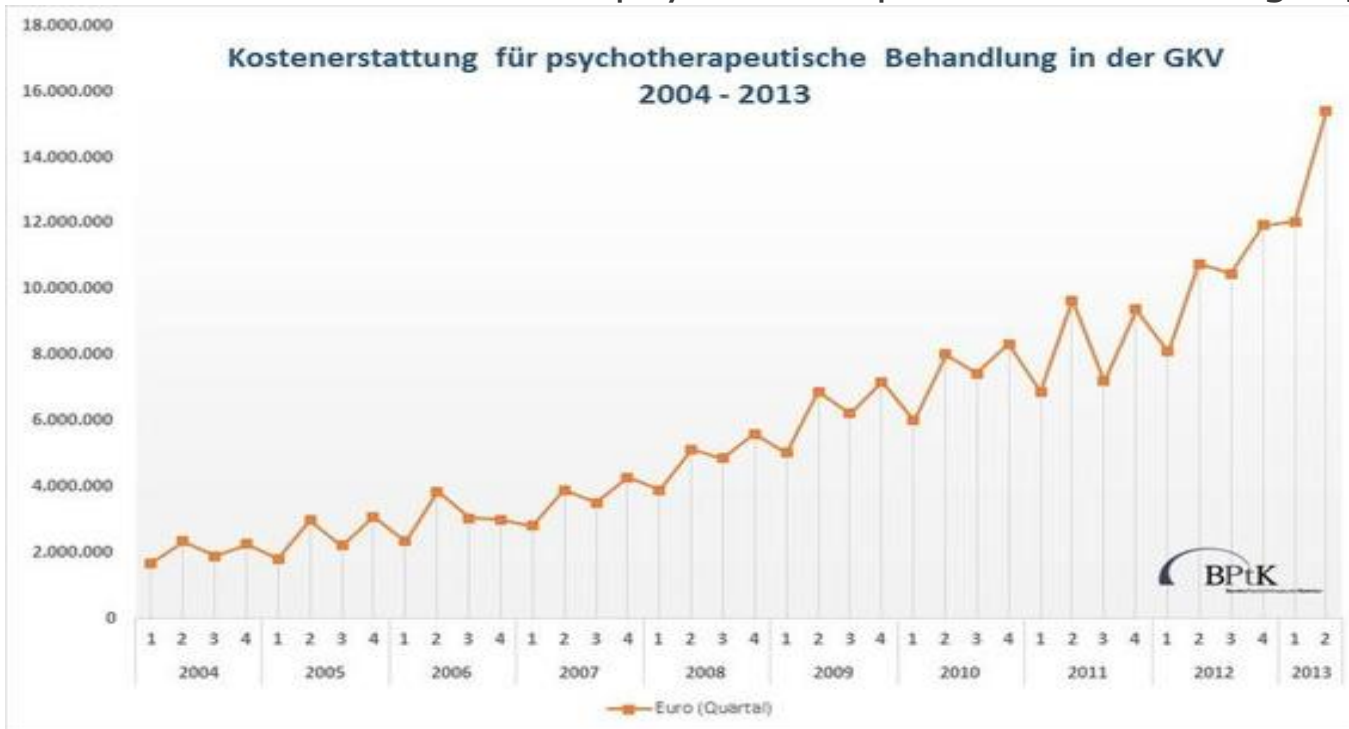
gesetzliche Kostenerstattungstatbestände

- Wahl des Versicherten (§ 13 Abs. 2 SGB V)
- Systemversagen (§ 13 Abs. 3 SGB V)
- ambulante/stationäre Behandlung im EU- und EWR-Ausland (§ 13 Abs. 4 – 6 SGB V)
- Behandlung bei Auslandsbeschäftigung von Versicherten (§ 17 SGB V)
- qualitativ erforderliche Behandlung im Ausland, Behandlung bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (§ 18 SGB V)
- häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)

I. Allgemeines

**praktische Relevanz der Kostenerstattung wegen Systemversagens
(§ 13 Abs. 3 SGB V)**

vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung:



Ausgaben der Kostenerstattung haben sich zwischen 2004 und 2014 fast **verzehnfacht**

Quelle: Antwort der Bundesregierung vom 17.07.2014 auf die Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (BT-Drucks. 18/2140)

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

I. Allgemeines

Struktur des Kostenerstattungsanspruchs

- Kostenerstattungsanspruch steht dem Versicherten gegen seine KK zu
- Behandler besitzt **keinen eigenen Vergütungsanspruch** gegen KK

Krankenkasse

Kostenerstattungsanspruch
§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V

Versicherter

Vergütungsanspruch
§ 630a Abs. 1 BGB i.V.m. GOÄ/GOP

Behandler
(Arzt, Psychotherapeut)

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

II. Tatbestandsvoraussetzungen

Tatbestandsstruktur des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V

*„Konnte die Krankenkasse eine **unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen** oder hat sie eine **Leistung zu Unrecht abgelehnt** und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“*

- ⇒ 1. Alternative: KK erbringt nicht rechtzeitig eine unaufschiebbare Leistung (**klassischer Fall des Systemversagens**)
- ⇒ 2. Alternative: KK lehnt eine Leistung rechtswidrig ab

II. Tatbestandsvoraussetzungen

Grundvoraussetzung: Primäranspruch des Versicherten

dem Versicherten muss in beiden Regelungsalternativen des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V ein **Primäranspruch** gegen seine KK zustehen:

*„[...] Der Kostenerstattungsanspruch **tritt an die Stelle** eines an sich gegebenen **Sachleistungsanspruchs**, den die Kasse infolge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfüllt hat. [...]*“

(BSG, Urt. v. 23.07.1998, Az. B 1 KR 19/96 R, juris Rz. 10)

II. Tatbestandsvoraussetzungen

Grundvoraussetzung: Primäranspruch des Versicherten

dem Versicherten muss in beiden Regelungsalternativen des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V ein **Primäranspruch** gegen seine KK zustehen:

„[...] Der Kostenerstattungsanspruch **tritt an die Stelle** eines an sich gegebenen **Sachleistungsanspruchs**, den die Kasse infolge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfüllt hat. [...]“ (BSG, Urt. v. 23.07.1998, Az. B 1 KR 19/96 R, juris Rz. 10)



nicht erstattungsfähig sind Kosten für:

- nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene Behandlung
(z.B. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.02.2005, Az. L 4 KR 3936/03, zu Brustverkleinerungs-OP)
- nicht zugelassene Arzneimittel
(z.B. LSG Bayern, Beschl. v. 10.09.2012, Az. L 5 KR 201/11, zu Arzneimittel „Sandoglobulin“ bei Multipler Sklerose)
- ausgeschlossene Leistungserbringer (Heilpraktiker)

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V

*„Konnte die Krankenkasse eine **unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen** [...] und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“*

- ⇒ Primäranspruch
- ⇒ unaufschiebbare Leistung
- ⇒ nicht rechtzeitig erbringen

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

unaufschiebbare Leistung

*„[...] Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so **dringlich** ist, dass **aus medizinischer Sicht** keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der KK abzuwarten. [...]“*

(BSG, Urt. v. 08.09.2015, Az. B 1 KR 14/14 R, juris Rz. 15)

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

unaufschiebbare Leistung

„[...] Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so **dringlich** ist, dass **aus medizinischer Sicht** keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der KK abzuwarten. [...]“

(BSG, Urt. v. 08.09.2015, Az. B 1 KR 14/14 R, juris Rz. 15)



Abgrenzung

Notfall (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V):

schließt Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V grundsätzlich aus

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

unaufschiebbare Leistung – Abgrenzung zum Notfall

*„Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt, also ein **unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt** werden muss, liegt ein **Notfall** vor. [...]"*

(BSG, Urt. v. 08.09.2015, Az. B 1 KR 14/14 R, juris Rz. 14)

- Notfallbehandlung wird als **Sachleistung** erbracht
- Leistungserbringer kann seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der **Kassenärztlichen Vereinigung** verlangen (Notfall wird aus der Gesamtvergütung vergütet)

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

nicht rechtzeitig erbringen

- KK muss vor der Selbstbeschaffung **i.d.R. Prüfung ermöglicht werden**, ob die Leistung im Rahmen des Sachleistungssystems bereit gestellt werden kann und wie ggf. Abhilfe zu schaffen ist (Kausalitätserfordernis):

*„[...] Denn für die erste Fallgruppe wird neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, daß die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, **wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat.** [...]“*

(BSG, Urt. v. 25.09.2000, Az. B 1 KR 5/99 R, juris Rz. 16)

1. Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung

nicht rechtzeitig erbringen

- **ausnahmsweise** keine vorherige Konfrontation der KK mit dem Leistungsbegehren erforderlich, wenn dies nach den Umständen des Einzelfalls nicht zumutbar ist, z.B. der **Gesundheitszustand** des Versicherten eine vorherige Einschaltung der KK ausschließt:

*„[...] Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten **nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte**, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. [...]*“

(BSG, Urt. v. 25.09.2000, Az. B 1 KR 5/99 R, juris Rz. 16)

2. rechtswidrig abgelehnte Leistung

§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V

*„[...] oder hat sie eine **Leistung zu Unrecht abgelehnt** und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“*

⇒ Primäranspruch

⇒ Leistung zu Unrecht abgelehnt

2. rechtswidrig abgelehnte Leistung

Leistung zu Unrecht abgelehnt

- setzt **Antrag** des Versicherten voraus (Kausalitätserfordernis):

*„[...] Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung **mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde**, obwohl dies möglich gewesen wäre.*

[...]“

(BSG, Urt. v. 20.05.2003, Az. B 1 KR 9/03 R, juris Rz. 18)

2. rechtswidrig abgelehnte Leistung

Leistung zu Unrecht abgelehnt

- **unerheblich** ist, ob KK rechtswidrige Leistungsverweigerung zu **verschulden** hat
- **erste Ablehnungsentscheidung** der KK reicht grds. aus:

„[...] Es ist in der Regel nicht erforderlich, dass der Versicherte mit der Selbstbeschaffung der Leistung bis zur Entscheidung der Krankenkasse über den Widerspruch gegen die Leistungsablehnung wartet. [...]“

(st. Rspr. vgl. nur BSG, Urt. v. 23.07.2002, Az. B 3 KR 66/01 R, juris Rz. 11)

2. rechtswidrig abgelehnte Leistung

Leistung zu Unrecht abgelehnt

für **Psychotherapie** im Kostenerstattungsverfahren:

*„[...] Der Anspruch ist nur gegeben, wenn u. a. ein **Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung** besteht. Dazu muss die rechtswidrige Vorenthaltung der Leistung durch die Krankenkasse wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung gewesen sein. Der Kostenerstattungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die Behandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer aufgenommen wurde, ohne die Krankenkasse insoweit vorab zu konsultieren.“*

(LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 01.09.2015, Az. L 9 KR 343/14, Orientierungssatz)

III. Anspruchsinhalt und -umfang

Umfang der Kostenerstattung: tatsächlich entstandene Kosten

- **Beschränkung** auf die der Krankenkasse bei rechtzeitiger Leistung/nicht zu Unrecht verweigerter Leistung – hypothetisch – entstandenen Kosten **unzulässig:**

*„Der Umfang des Anspruchs aus § 13 Abs. 3 SGB V bestimmt sich allein nach dessen Rechtsfolge. Demgemäß sind dem betroffenen Versicherten die für eine selbst beschaffte, notwendig gewesene Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse "in der entstandenen Höhe" zu erstatten. **Eine Begrenzung auf die sog "Kassensätze" scheidet danach aus.** [...]"*

(BSG, Urt. v. 24.05.2007, Az. B 1 KR 18/06 R, juris Rz. 36)

III. Anspruchsinhalt und -umfang

rechtswirksamer Vergütungsanspruch/Zahlung oder Freistellung

- setzt **rechtswirksamen Vergütungsanspruch** aus dem Behandlungsvertrag mit dem Arzt/Psychotherapeut voraus (insbesondere müssen Vorgaben der GOÄ/GOP beachtet werden)
- Kostenerstattungsanspruch kann **auf Zahlung** oder – wenn der Versicherte den Vergütungsanspruch des Behandlers seinerseits noch nicht erfüllt hat – **auf Freistellung** (durch Zahlung der KK an den Behandler) gerichtet sein

(BSG, Urt. v. 02.09.2014, Az. B 1 KR 11/13 R, juris Rz. 16)

III. Anspruchsinhalt und -umfang

keine Beschränkung auf den 1,0-fachen GOÄ-Satz

- **§ 11 Abs. 1 GOÄ** nicht anwendbar:

„Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.“

- ⇒ setzt **unmittelbare Rechtsbeziehung** zwischen KK und Leistungserbringer voraus
- ⇒ KK muss als Erfüllung einer **eigenen Zahlungsverpflichtung** leisten

IV. Genehmigungsfiktion / Praxistest

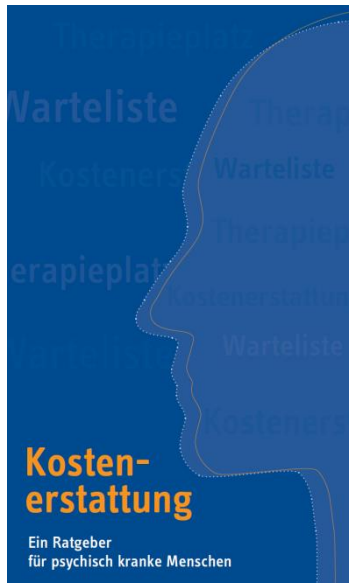
Genehmigungsfiktion in § 13 Abs. 3a S. 1, 5 - 7 SGB V

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, **spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen** nach Antragsingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) eingeholt wird, **innerhalb von fünf Wochen** nach Antragsingang zu entscheiden. [...] Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich 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. [...]“

IV. Genehmigungsfiktion / Praxistest

Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V bei Kostenerstattung?

- bei Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren bislang wohl einhellige Auffassung, dass Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V auch im Kostenerstattungsverfahren **zur Anwendung kommt**:



*„[...] Steht jedoch in zumutbarer Entfernung und Wartezeit kein Psychotherapeut mit Kassenzulassung zur Verfügung, können Versicherte einen Antrag stellen, sich von Psychotherapeuten in Privatpraxis auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu lassen. **Die Krankenkassen haben fünf Wochen Zeit, den Antrag zu bearbeiten. Reagieren sie innerhalb dieser Frist nicht, gilt der Antrag als genehmigt (§ 13 Abs. 3a SGB V).** [...]“*

Quelle: Ratgeber der BPTK zur Kostenerstattung, S. 7

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

IV. Genehmigungsfiktion / Praxistest

Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V bei Kostenerstattung?

- **BSG:** bei Ansprüchen auf Kostenerstattung („Geldansprüchen“) findet Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V **keine Anwendung:**

*„Die Regelung [§ 13 Abs. 3a SGB V] findet **keine Anwendung auf Ansprüche** gegen KKn, die **unmittelbar auf eine Geldleistung** gerichtet sind. Das sind **andere Ansprüche der Versicherten wegen sachleistungsersetzender Kostenerstattung etwa nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V** und wegen Geldleistungen mit Unterhaltersatzfunktion. [...] Versicherte können sich jederzeit Kredite zur Überbrückung von Zeiten verschaffen, in denen bei ihnen ein Bedarf entsteht, weil KKn den Versicherten zustehende Geldleistungsansprüche nicht auszahlen. [...]“*

(BSG, Urt. v. 08.03.2016, Az. B 1 KR 25/15 R, juris Rz. 11)

IV. Genehmigungsfiktion / Praxistest

Beispiel Psychotherapie:

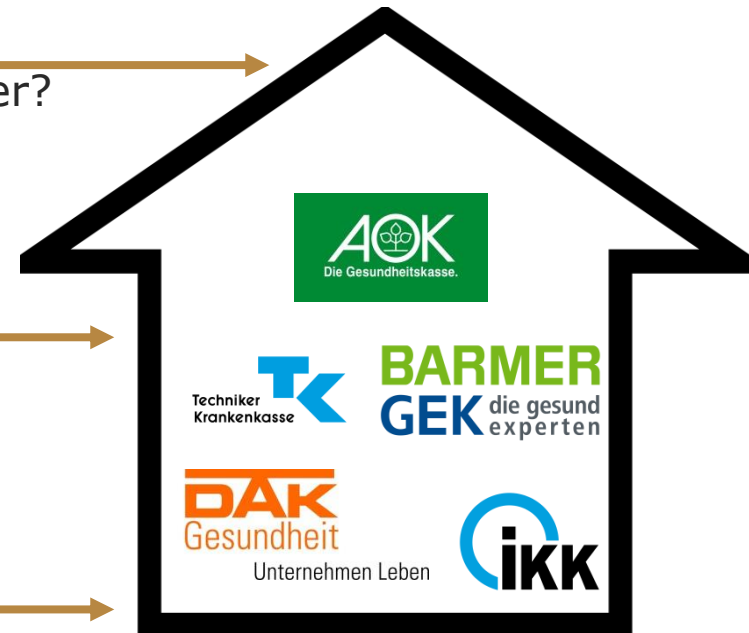
Was wird eigentlich im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 3 SGB V beantragt?

Sachleistung bei nicht zugelassenem Leistungserbringer?



Sachleistung allgemein?

Kostenerstattung?



IV. Praxishinweise

1. vor Selbstbeschaffung der Leistung sind bei der KK in der Regel **Antrag auf Zurverfügungstellung der Sachleistung** (Primäranspruch) und hilfsweise **Antrag auf Feststellung, dass Kostenerstattungsanspruch besteht**, zu stellen
2. **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V kann wohl nur greifen, wenn Sachleistung beantragt wird
3. Behandler kann im Kostenerstattungsverfahren **Vergütung nach der GOÄ** verlangen:
keine Beschränkung auf EBM-Vergütung („Kassensätze“)
4. **keine Beschränkung** auf den **1,0-fachen** GOÄ-Satz nach § 11 GOÄ

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Rechtsanwalt Prof. Dr. Martin Stellpflug

Kurfürstendamm 195 | 10707 Berlin | www.db-law.de

Tel: 030 327 787 36 | stellpflug@db-law.de