
S 8 KN 1459/17 KR

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – Kostenerstattung – leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion – kein eigenständig durchsetzbarer Sachleistungsanspruch – Verfassungsmäßigkeit
Leitsätze	Die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch begründet keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch (Klarstellung zu BSG vom 15.3.2018 – B 3 KR 18/17 R = BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr 41).
Normenkette	SGb V § 13 Abs 3a S 6 ; SGB V § 33 Abs 1 S 1 ; SGB V § 2 Abs 2 S 1 ; SGB IX § 18 J: 2018; GG Art 3 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KN 1459/17 KR
Datum	28.06.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	18.06.2020
-------	------------

Â

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 28. Juni 2018 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen zurÃ¼ckverwiesen.

GrÃ¼nde:

I

1

Im Streit ist der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung mit einem Lymphdrainageger t.

2

Die 1995 geborene, bei der beklagten Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Klägerin ist im Gesundheitswesen mit einer überwiegend stehenden Tätigkeit im Schichtdienst erwerbstätig. Sie ist an einem Lymphödem mit Lymphödem (hereditäres Lipo-Lymphödem Grad II) erkrankt. Die Klägerin beantragte am 22.11.2016 bei der Beklagten die Versorgung mit dem Lymphdrainageger t unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung und eines Kostenvoranschlags in Höhe von 3345,09 Euro. Die Beklagte leitete den Antrag dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zur Begutachtung der Notwendigkeit des Geräts weiter, ohne die Klägerin hierüber zu informieren. Der SMD kam am 5.1.2017 zu der Einschätzung, dass das verordnete Hilfsmittel aus medizinischer Sicht nicht notwendig sei, da bereits eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung erreicht sei. Er empfahl die Fortführung einer manuellen Lymphdrainage. Die Beklagte lehnte hierauf die beantragte Versorgung ab (Bescheid vom 24.1.2017). Während des Widerspruchsverfahrens hörte sie die Klägerin zur beabsichtigten Rücknahme einer infolge verstrichener Bescheidungsfristen nach [   13 Abs 3a SGB V](#) eingetretenen fiktiven Genehmigung an und nahm die Genehmigung sodann mit Wirkung für die Zukunft nach [   45 SGB X](#) zurück; die fingierte Genehmigung sei rechtswidrig, weil sie nicht mit der materiellen Rechtslage übereinstimme (Bescheid vom 13.4.2017). Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte anschließend zurück (Widerspruchsbescheid vom 15.9.2017).

3

Das dagegen angerufene SG hat die Beklagte unter Aufhebung der genannten Bescheide verurteilt, die Kosten für ein Lymphdrainageger t (Lympha-mat 300 mit 12-Kammer-System und Ganzbeinmanschetten) zu übernehmen: Die beantragte Versorgung mit dem nicht selbstbeschafften Hilfsmittel gelte wegen des Ablaufs der in [   13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) geregelten Drei- bzw Fünf-Wochen-Frist für die Bescheidung des Antrags durch die Beklagte als genehmigt. Die eingetretene Genehmigungsfiktion sei nicht wirksam aufgehoben worden, da die R cknahmevoraussetzungen nicht erfüllt seien, vielmehr hätten alle Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach [   13 Abs 3a SGB V](#) vorgelegen (Urteil vom 28.6.2018).

4

Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte die Verletzung von [   45 SGB X](#) sowie [     2, 12](#) und [13 Abs 3a SGB V](#). Zwar sei die Genehmigungsfiktion nach [   13 Abs](#)

[3a SGB V](#) eingetreten, aber durch deren Rücknahme nach [   45 SGB X](#) erloschen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die begehrte Hilfsmittelversorgung, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche und daher rechtswidrig sei.

5

Nach einem Hinweis des Senats auf das Urteil des 1. Senats des BSG vom 26.5.2020 im Revisionsverfahren [B 1 KR 9/18 R](#) (BSG-Terminvorschau 19/20 vom 20.5.2020 und Terminbericht 19/20 vom 26.5.2020, jeweils unter 1) hat die Beklagte ihren Aufhebungsbescheid vom 13.4.2017 aufgehoben und die Revision insoweit zurückgenommen.

6

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. Juni 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. Juni 2018 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückzuverweisen.

7

Die Klägerin beantragt, die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

II

8

Die zulässige Sprungrevision der Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des SG-Urteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG als Berufungsgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet ([   170 Abs 2 Satz 2, Abs 4 SGG](#)).

9

Die Klägerin hat entgegen der Auffassung der Vorinstanzen keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Sachleistung aufgrund einer fiktiven Genehmigung nach [   13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#). Diese Regelung begründet für die Versicherten als Rechtsfolge keinen Sachleistungsanspruch, sondern allein einen (wie außer Streit ist) mangels erfolgter Selbstbeschaffung der beantragten Leistung nicht geltend gemachten Anspruch auf Erstattung bzw Freistellung von dafür entstandenen Kosten (dazu unten 4.). Ob die Klägerin einen Anspruch auf das Hilfsmittel nach Maßgabe des Sachleistungsrechts der GKV hat â   hier des [   33 SGB V](#) -, kann der Senat auf der Grundlage der bisherigen Feststellungen des LSG nicht abschließend entscheiden (dazu 5.).

10

1. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das zusprechende Urteil des SG, der

Ablehnungsbescheid vom 24.1.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.9.2017 und das Sachleistungsbegehren der KlÄ¼gerin; die Beklagte erstrebt als RevisionsfÄ¼hrerin die Aufhebung der vorinstanzlichen Entscheidung sowie die Abweisung der Klage. Nicht mehr Gegenstand des Verfahrens ist der RÄ¼cknahmebescheid, den die Beklagte im Revisionsverfahren aufgehoben hat.

11

2. Richtige Klageart fÄ¼r das Begehren der KlÄ¼gerin ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([Ä§ 54 Abs 1 Satz 1, Abs 4 SGG](#)), gerichtet auf Aufhebung der Ablehnungsentscheidung zur beantragten Hilfsmittelversorgung und auf Verurteilung der Beklagten zur Hilfsmittelversorgung.

12

3. Die Sprungrevision der Beklagten ist zulÄ¼ssig. Nach [Ä§ 161 Abs 1 Satz 1 SGG](#) steht den Beteiligten die Revision gegen das Urteil des SG unter Ä¼bergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie vom SG Ä¼ber wie hier Ä¼ber im Urteil zugelassen wird.

13

4. Die KlÄ¼gerin hat keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Sachleistung aufgrund einer Genehmigungsfiktion, weil eine nach [Ä§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) gesetzlich fingierte Genehmigung keinen eigenstÄ¼ndig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begrÄ¼ndet. Die Regelung vermittelt Versicherten allein eine Rechtsposition, die zur Selbstbeschaffung berechtigt, und kann nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenfreistellung fÄ¼hren (vgl ebenso aus der Literatur zB Helbig in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, Ä§ 13 RdNr 141 ff, Stand 17.6.2020; Knispel, GesR 2017, 749, 753; aA zB Schifferdecker in Kasseler Komm, [Ä§ 13 SGB V](#) RdNr 134, 145, Stand Einzelkommentierung August 2019; Ulmer, SGB 2017, 567, 568 f).

14

Der erkennende 3. Senat schlieÃ¼t sich insoweit nach eigener PrÄ¼fung der geÄ¼nderten Rechtsprechung des 1. Senats des BSG an (Urteil verkÄ¼ndet am 26.5.2020 Ä¼ber [B 1 KR 9/18 R](#) Ä¼ber zur VerÄ¼ffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, zitiert nach BSG-Terminbericht 19/20 vom 26.5.2020, unter 1). Soweit dem Urteil des 3. Senats vom 15.3.2018 Ä¼ber [B 3 KR 18/17 R](#) ([BSGE 125, 189](#) = SozR 4-2500 Ä§ 13 Nr 41, RdNr 15) Ä¼ber im Anschluss an die frÄ¼here Rechtsprechung des 1. Senats (Urteil vom 11.7.2017 Ä¼ber [B 1 KR 26/16 R](#) Ä¼ber [BSGE 123, 293](#) = SozR 4-2500 Ä§ 13 Nr 36, RdNr 12 f) Ä¼ber entnommen werden kann, dass der Senat bei Hilfsmitteln zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung ([Ä§ 33 Abs 1 Satz 1 Var 1 SGB V](#)) als Rechtsfolge einer fiktiven Genehmigung ebenfalls einen Sachleistungsanspruch in Betracht gezogen hat, hÄ¼lt der erkennende Senat daran nicht fest. DafÄ¼r, dass insoweit kein Sachleistungsanspruch besteht, sprechen entscheidend die systematische Einbindung des Abs 3a in [Ä§ 13 SGB V](#) und die

Binnenstruktur des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) sowie die in den Gesetzesmaterialien niedergelegten Erwägungen (dazu im Folgenden a bis c); verfassungsrechtliche Gesichtspunkte stehen dieser Auslegung nicht entgegen (dazu d). Im Übrigen verbleibt es bei der Rechtsprechung des erkennenden Senats, dass Hilfsmittel der GKV zur Vorbeugung oder zum Ausgleich einer Behinderung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu qualifizieren sind, für die von vornherein nicht die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#), sondern das Fristen- und Rechtsfolgenregime nach [Â§ 18 SGB IX](#) Anwendung findet (Urteil vom 15.3.2018 â€‹ B 3 KR 18/17 R â€‹ aaO, Leitsatz und RdNr 14 ff).

15

a) Gegen einen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch als Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion spricht zunächst die Gesetzessystematik des [Â§ 13 SGB V](#), in die auch Abs 3a seit 2013 eingebettet ist ([Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG) vom 20.2.2013, [BGBl I 277](#)).

16

aa) Nach seiner amtlichen Überschrift enthält [Â§ 13 SGB V](#) Regelungen zur â€‹Kostenerstattungâ€‹. In [Â§ 13 Abs 1 SGB V](#) ist â€‹bereinstimmend mit [Â§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)â€‹ der Grundsatz der Sach- und Dienstleistungsgewährung verankert. Abweichend von der Naturalleistungsgewährung darf eine Krankenkasse (KK) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsieht. Derartige gesetzlich geregelte Ausnahmen enthalten Abs 2, 3 und 4 bis 6 des [Â§ 13 SGB V](#):

â€‹ in Abs 2 für Versicherte, die statt der Sach- und Dienstleistungsgewährung Kostenerstattung vorab wählen;

â€‹ in Abs 3 für Versicherte, die eine unaufschiebbare Leistung benötigten oder deren Leistungsantrag zu Unrecht abgelehnt wurde;

â€‹ in Abs 4 bis 6 für Versicherte, die Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz in Anspruch nehmen.

17

[Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) sieht eingebettet in diese â€‹ schon vor seinem Inkrafttreten geschaffenen und vorgefundenen â€‹ Kostenerstattungsregelungen übereinstimmend damit eine weitere Ausnahme bezogen auf die gleiche Rechtsfolge vor, nämlich nun auch erstreckt auf Versicherte, über deren Leistungsantrag die KK nicht fristgemäß entscheidet.

18

bb) Für diese Einordnung spricht auch die Binnensystematik des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#). Dessen Sätze 1 bis 5 regeln das Fristenregime für die Entscheidung über einen Leistungsantrag. Hieran anschließend bestimmt Satz 6 die gesetzliche Fiktion, dass die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist durch die KK erfolgt ist. Als Rechtsfolge dieser gesetzlich fingierten Genehmigung der beantragten Leistung verpflichtet sodann Satz 7 die KK zur „Erstattung der Kosten“, die durch die Selbstbeschaffung einer erforderlichen Leistung seitens des Leistungsberechtigten nach Ablauf der Frist entstanden sind. Nach Satz 8 berichtet die KK dem Spitzenverband Bund der KVen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder „Kostenerstattungen vorgenommen wurden“. [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) ordnet sich mit diesem in Wortlaut und Systematik zum Ausdruck kommenden und angelegten Regelungsprogramm mithin auch insoweit stimmig in den Gesamtzusammenhang der Kostenerstattungsregelungen des [Â§ 13 SGB V](#) ein.

19

b) Für einen Kostenerstattungsanspruch und gegen einen Sachleistungsanspruch als Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion sprechen gleichermaßen die Gesetzesmaterialien zur Entstehung des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#). Dort wird nämlich Folgendes ausgeführt (Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, [BT-Drucks 17/10488 S 32](#), zu Art 2 Nr 1):

„Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Insoweit orientiert sich die Regelung an der Erstattungsregelung in [Â§ 13 Absatz 3](#).“

20

An dieser Grundkonzeption wurde auch im weiteren Gesetzgebungsverfahren festgehalten (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, [BT-Drucks 17/11710 S 29](#) f, zu Art 2 Nr 1).

21

c) Hierin fügt sich ein, dass der seit 2018 geltenden Regelung einer Genehmigungsfiktion in [Â§ 18 Abs 1 bis 5 SGB IX](#) im Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ebenfalls die gesetzliche Konzeption einer Kostenerstattungsregelung zu entnehmen ist ([Â§ 18 SGB IX](#) in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes „BTHG“ vom 23.12.2016, [BGBl I 3234](#)). Dort ist schon in der amtlichen Überschrift des [Â§ 18 SGB IX](#) ebenfalls zweifelsfrei und unmissverständlich nur von der „Erstattung selbstbeschaffter Leistungen“ die Rede. In den Gesetzesmaterialien zu dieser Regelung wird dazu explizit auf [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) Bezug genommen, dem insoweit Vorbildcharakter beigemessen wird (vgl. Entwurf der Bundesregierung eines BTHG, [BT-Drucks 18/9522 S 238](#) f, zu Art 1 [Â§ 18](#)).

d) Verfassungsrecht steht dieser Auslegung von [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) nicht entgegen. Insbesondere folgt aus dem allgemeinen Gleichheitssatz des [Art 3 Abs 1 GG](#) nichts Gegenteiliges.

[Art 3 Abs 1 GG](#) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln, verwehrt dem Gesetzgeber aber nicht jede Differenzierung. Differenzierungen (ebenso wie Gleichbehandlungen) bedürfen jedoch stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Ziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung (bzw Gleichbehandlung) angemessen sind. Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn eine Gruppe von Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders (oder gleich) behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine (bzw zu bejahende) Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche (bzw gleiche) Behandlung rechtfertigen können. Dabei gilt ein am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz orientierter, stufenloser Prüfungsmaßstab, der nach dem jeweils betroffenen Sach- und Regelungsbereich näher zu bestimmen ist. In diesem Zusammenhang kommt dem weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der sozialstaatlichen Ordnung Bedeutung zu, wonach dessen Entscheidungen anzuerkennen sind, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des GG unvereinbar sind (vgl zB [BVerfGE 104, 126](#), 144 f = [SozR 3-8570 Â§ 11 Nr 5](#) S 48 f; [BVerfGE 113, 167](#), 215 = [SozR 4-2500 Â§ 266 Nr 8](#) RdNr 84 ff; [BVerfGE 142, 353](#), 385 f = [SozR 4-4200 Â§ 9 Nr 15](#) RdNr 69; stRspr).

Nach diesen Grundsätzen steht es dem allgemeinen Gleichheitssatz nicht entgegen, wenn die in erster Linie zur Beschleunigung der Verwaltungsverfahren eingeführte (vgl Entwurf der Bundesregierung eines PatRVerbG, [BT-Drucks 17/10488 S 32](#), zu Art 2 Nr 1) gesetzliche Genehmigungsfiktion nicht auch zu einem Sachleistungsanspruch führt. Auf diesen Zweck bezogen macht es rechtlich keinen Unterschied, ob Versicherte mittellos sind oder über hinreichende Mittel verfügen, sich auch solche Krankenbehandlungsleistungen zunächst auf eigene Kosten zu verschaffen, für die das materielle Leistungsrecht des SGB V keine hinreichende Grundlage bietet. Insoweit stellen die tatsächlichen Auswirkungen des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) als ohnehin nur ausnahmsweise vorgesehene, vom Sachleistungsprinzip abweichende Kostenerstattungsregelung keine Besonderheit im Vergleich zu Kostenerstattungsregelungen in anderen Rechtsgebieten dar. In der GKV ist für eine Selbstbeschaffung und Kostenerstattung grundsätzlich eine vorhandene finanzielle Leistungsfähigkeit gefordert und von den Betroffenen das Risiko in Kauf zu nehmen, die Kosten einer nicht von der GKV abgedeckten Leistung letztendlich selbst tragen zu müssen (vgl dazu zB Knispel, [GesR 2017, 749, 753](#)). Entscheidend ist in verfassungsrechtlicher Hinsicht indes, dass alle Versicherten der GKV nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen ungeschmälerter Zugang zu den Naturalleistungen haben und zwar unabhängig von ihrer finanziellen

Leistungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund erfordert [Art 3 Abs 1 GG](#) keine allgemeine und umfassende Einräumung von über das allgemeine Leistungsrecht des SGB V hinausgehenden Sachleistungsansprüchen.

25

Zudem stellt sich die gleiche rechtstatsächliche Situation im Kern schon seit jeher in vergleichbarer Weise auch bei der Anwendung des [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) (= Kostenerstattung für selbstbeschaffte unaufschiebbar benötigte Leistungen oder bei nach vorherigem Antrag rechtswidrig von der KK abgelehnter Leistung). Die vorliegende umfangreiche Rechtsprechung des 1. und des 3. Senats des BSG zu dieser Kostenerstattungsregelung hat deren gesetzliche Ausgestaltung bislang ebenfalls nicht für verfassungswidrig gehalten und nicht etwa finanziell schlechter gestellten Versicherten einen quasi â¼bergesetzlichen Sachleistungsanspruch zuerkannt. Ergänzt hat das BSG den durch [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) eingeräumten Kostenerstattungsanspruch allerdings um einen Anspruch auf Freistellung von bereits rechtsgültig vom Versicherten eingegangenen Zahlungsverpflichtungen; dieser Anspruch erfordert nicht zwingend, dass bereits tatsächlich Zahlungen des Versicherten erbracht (sondern etwa gestundet) wurden und ermöglicht so in gewisser Weise auch bei geringerer finanzieller Leistungsfähigkeit des Versicherten grundsätzlich eine Selbstbeschaffung (vgl zB bereits BSG Urteil vom 10.2.2000 â¼ B 3 KR 26/99 R â¼ BSGE 85, 287, 289 = [SozR 3-2500 Â§ 33 Nr 37](#) S 212; BSG Urteil vom 13.7.2004 â¼ B 1 KR 11/04 R â¼ BSGE 93, 94 = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 4](#), RdNr 17; BSG Urteil vom 18.7.2006 â¼ B 1 KR 24/05 R â¼ BSGE 97, 6 = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 9](#), RdNr 22, 24; vgl allgemein zu [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) und zur BSG-Rspr hierzu aus der Kommentarliteratur nur: Helbig in jurisPK-SGB V, aaO, Â§ 13 RdNr 46 ff; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, K Â§ 13 RdNr 42 ff, Stand August 2019; Schifferdecker in Kasseler Komm, aaO, [Â§ 13 SGB V](#) RdNr 53 ff). Auch kommt in Betracht, dass betroffene Versicherte zur zeitnahen Erlangung einer begehrten Sachleistung ihren Kostenerstattungsanspruch gegen die KK sicherungshalber an den Leistungserbringer abtreten, wie dies bislang in der hâ¼chstrichterlichen Rechtsprechung zu [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) anerkannt ist (vgl insoweit zu den Mâ¼glichkeiten und Grenzen zB BSG Urteil vom 28.3.2000 â¼ B 1 KR 21/99 R â¼ BSGE 86, 66, 75 f = [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 21](#) S 96 f; BSG Urteil vom 18.7.2006 â¼ B 1 KR 24/05 R â¼ BSGE 97, 6 = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 9](#), RdNr 13 ff, 18, 24). Hier â¼ wie auch im Rahmen des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) â¼ sind die Versicherten der GKV im â¼brigen zur Durchsetzung ihrer materiell-rechtlich nach dem SGB V bestehenden Sachleistungsansprüche zumutbar auf die Inanspruchnahme von Rechtsschutz, auch von einstweiligem sozialgerichtlichen Rechtsschutz, gegen ablehnende oder bei nicht fristgemâ¼ßen (ablehnenden) Entscheidungen ihrer KK verwiesen.

26

e) Es kann vor dem geschilderten rechtlichen Hintergrund im Falle der Klâ¼gerin offenbleiben, ob hier eine Genehmigungsfiktion eingetreten war und bedarf keiner Entscheidung, unter welchen weiteren Voraussetzungen eine Genehmigungsfiktion zur Selbstbeschaffung berechtigt sowie zum Anspruch auf Kostenerstattung bzw auf

Kostenfreistellung fÃ¼r die Kosten der Kostenfreistellung begehrt die KlÃ¤gerin ausdrÃ¼cklich nicht. Nach den fÃ¼r den Senat im Revisionsverfahren maÃgebenden Feststellungen des SG (vgl. [Â§ 163](#) und [Â§ 161 Abs 4 SGG](#)) ist eine Selbstbeschaffung des beantragten Hilfsmittels bislang nÃrmlich nicht erfolgt.

27

5. Ein Sachleistungsanspruch der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte auf das Hilfsmittel kann jedoch nach MaÃgabe des [Â§ 33 SGB V](#) bestehen.

28

Rechtsgrundlage fÃ¼r die begehrte Hilfsmittelversorgung als Naturalleistung ist [Â§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des GKV-WettbewerbsstÃrkungsgesetzes â GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit HÃ¶rhilfen, KÃ¶rperersatzstÃ¼cken, orthopÃ©dischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern (Var 1), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (Var 2) oder eine Behinderung auszugleichen (Var 3), soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine GebrauchsgegenstÃ¤nde des tÃglichen Lebens anzusehen oder nach [Â§ 34 Abs 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

29

Der sachliche Anwendungsbereich des [Â§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ist hier erÃ¶ffnet, weil es sich nach revisionsrechtlicher WÃ¼rdigung der Feststellungen des SG bei dem beantragten LymphdrainagegerÃt nach dessen allgemeiner Einordnung um ein Hilfsmittel im Rechtssinne handelt. Ob â entgegen der angefochtenen Entscheidung der Beklagten (zur Berechtigung und Verpflichtung der KK, Ã¼ber den Antrag auf die Sachleistung auch bei Eintritt einer Genehmigungsfiktion zu entscheiden, vgl. BSG Urteil vom 26.5.2020 â [B 1 KR 9/18 R](#) â zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen) â nach MaÃgabe der weiteren Leistungsvoraussetzungen des [Â§ 33 SGB V](#) ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel besteht (vgl. zu diesen Voraussetzungen erneut BSG Urteil vom 15.3.2018 â [B 3 KR 18/17 R](#) â [BSGE 125, 189](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 41, RdNr 23 ff; zuletzt BSG Urteil vom 7.5.2020 â [B 3 KR 7/19 R](#) â RdNr 14 ff, zur VerÃ¶ffentlichung in SozR 4 vorgesehen), kann der Senat indes nicht abschlieÃend selbst entscheiden. Das SG hat â nach seiner von einem Sachleistungsanspruch aufgrund fingierter Genehmigung ausgehenden Rechtsauffassung folgerichtig â hierzu keine Feststellungen getroffen.

30

Der Senat macht von dem ihm durch [Â§ 170 Abs 4 Satz 1 SGG](#) eingerÃumten Ermessen Gebrauch und verweist die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurÃ¼ck, um eine unnÃ¶tige VerzÃ¶gerung zu vermeiden. Das LSG wird die fehlenden Feststellungen im Berufungsverfahren (vgl. [Â§ 170 Abs 4](#)

[Satz 2 SGG](#)) nachzuholen haben und muss gestÃ¼tzt hierauf Ã¼ber den geltend gemachten Anspruch der KlÃ¤gerin auf Hilfsmittelversorgung entscheiden.

31

6. Das LSG wird im Berufungsverfahren auch Ã¼ber die Kosten des Revisionsverfahrens mit zu entscheiden haben.

Erstellt am: 12.02.2021

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024