

**Gericht/Institution:** BSG

**Erscheinungsdatum:** 08.03.2016

**Entscheidungsdatum:**08.03.2016

**Aktenzeichen:** B 1 KR 27/15 R, B 1 KR 35/15 R, B 1 KR 26/15 R, B 1 KR 25/15 R, B 1 KR 31/15 R, B 1 KR 19/15 R



## **Terminbericht des BSG Nr. 8/2016 zu Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung**

Der 1. Senat des BSG berichtet über seine Sitzung vom 08.03.2016, in der er über sechs Revisionen in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu entscheiden hatte.

### **1. B 1 KR 27/15 R**

SG Hannover - S 76 KR 755/10

LSG Celle-Bremen - L 1/4 KR 437/12

Der bei der beklagten Krankenkasse Versicherte beantragte Leistungen zur medizinischen Reha (04.08.2009). Die Beklagte übersandte den Antrag an die DRV Bund (26.08.2009). Diese leitete den Antrag an die klagende Rentenversicherungsträgerin weiter. Die Klägerin bewilligte die Reha-Leistungen und forderte von der Beklagten als "eigentlich zuständigem Leistungsträger" Erstattung ihrer Aufwendungen. Die Beklagte erstattete Heilbehandlungs- und Fahrkosten, nicht aber Übergangsgeld sowie Sozialversicherungsbeiträge: Der Versicherte habe als Bezieher von Alg II keinen Anspruch auf Krankengeld gehabt.

Während das Sozialgericht die Klage abgewiesen hatte, hatte das Landessozialgericht die Beklagte zur Zahlung von 652,32 Euro verurteilt. Der Erstattungsanspruch scheitere weder an der nicht fristgerechten ersten noch an der gänzlich unzulässigen zweiten Weiterleitung des Reha-Antrags an die Klägerin. Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 14 Abs. 4 SGB IX.

Das BSG hat auf die Revision der beklagten Krankenkasse das erstinstanzliche Urteil wieder hergestellt.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 652,32 Euro. Ihr Erstattungsanspruch als gesetzeswidrig drittangegangener Reha-Träger beschränkt sich auf den Anspruch als unzuständiger Träger. Dessen Umfang richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger – hier die Beklagte – geltenden Rechtsvorschriften (§ 105 Abs. 2 SGB X). Die Beklagte war hiernach nicht verpflichtet, dem Versicherten während der Reha-Maßnahme Krankengeld zu zahlen und für ihn Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten.

### **2. B 1 KR 35/15 R**

SG Halle - S 35 KR 71/13

Die im Jahre 1984 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte Klägerin leidet an einer autosomal-dominant vererbten Erkrankung (Camurati-Engelmann-Syndrom – CES). Deshalb verzögerte sich bei der Klägerin die Pubertät. Bei ihr entwickelte sich trotz eines Hormonersatzpräparats keine Brust (präpubertäre Brust, Tanner-Stadium B2); lediglich die Mamillen entsprechen denen einer erwachsenen Frau. Die Beklagte lehnte es ab, die Klägerin beidseits mit einer Mamma-Augmentationsplastik (MAP) zu versorgen. Es handele sich um eine kosmetische Maßnahme.

Das Sozialgericht hatte die Beklagte verurteilt, die Klägerin mit einer MAP zu versorgen. Es liege eine behandlungsbedürftige Krankheit vor. Das geschlechtstypische Erscheinungsbild der Klägerin sei schwer

beeinträchtigt. Zudem dürfe sie nicht anders behandelt werden als Frauen, die nach einer Mastektomie eine Brustrekonstruktion erhielten. Die Beklagte rügt mit ihrer Sprungrevision die Verletzung des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Das BSG hat auf die Revision der beklagten Krankenkasse das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Operation zur Brustvergrößerung beidseits. Die Operation dient nicht dem Ausgleich fehlender Stillfähigkeit als Funktionsdefizit der fehlenden Brustanlage, sondern lediglich dazu, das Erscheinungsbild zu ändern. Anspruch besteht hierauf nur bei Entstellung, an der die Klägerin nicht leidet. Ihr Fall ist mit einer Brustrekonstruktion nach Brustentfernung wegen Krebs nicht vergleichbar.

### **3. B 1 KR 26/15 R**

SG Freiburg - S 5 KR 2162/13

LSG Stuttgart - L 4 KR 3468/13

Der im Jahre 1942 geborene Kläger bezieht von der Beigeladenen zu 2) Sozialhilfe. Er ist bei keiner Krankenkasse versichert. Er wählte ursprünglich eine Rechtsvorgängerin der Beigeladenen zu 1), damit sie für den Sozialhilfeträger seine Krankenbehandlung übernimmt. Weil er hiermit nicht mehr zufrieden war, veranlasste der Kläger die Beigeladene zu 2), ihn bei der beklagten Krankenkasse anzumelden. Die Beklagte lehnte es gegenüber dem Kläger ab, die Krankenbehandlung zu übernehmen.

Der Kläger ist mit seinem Begehren auf Feststellung, dass die Beklagte seine Krankenbehandlung zu übernehmen habe, in den Vorinstanzen erfolglos geblieben: Die Vorschriften des SGB V eröffneten dem Kläger kein Krankenkassen-Wechselrecht. Die Regelungen verstießen nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz. Der Kläger rügt mit seiner Revision die Verletzung des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V.

Das BSG hat die Revision des Klägers zurückgewiesen.

Zu Recht haben die Vorinstanzen entschieden, dass er als nicht versicherter Sozialhilfeempfänger keinen Anspruch darauf hat, die Beklagte als neue Krankenkasse zu wählen, damit sie seine Krankenbehandlung übernimmt. Das Gesetz sieht für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger kein Recht vor, die einmal gewählte funktionsfähige Krankenkasse zu wechseln, solange diese weder geschlossen noch von einem Insolvenzeröffnungsantrag betroffen ist. Der Gesetzgeber hat das Recht der Sozialhilfeempfänger, einmal eine Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung zu wählen, planvoll abschließend geregelt, ohne gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu verstoßen. Eine analoge Anwendung der Regelungen über Wechselrechte für Versicherte ist mangels Regelungslücke ausgeschlossen.

### **4. B 1 KR 25/15 R**

SG Saarbrücken - S 23 KR 563/14

LSG Saarbrücken - L 2 KR 180/14

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger beantragte 25 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Beklagte holte ein Gutachten ein, informierte den Kläger hierüber aber nicht. Auf Grund des Begutachtungsergebnisses lehnte sie knapp sechs Wochen nach Antragseingang ab, die Leistung zu bewilligen.

Mit seinem zunächst auf Gewährung der Leistung und nach Selbstbeschaffung von 24 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auf Erstattung der Kosten i.H.v. 2.200 Euro gerichteten Begehren

hatte der Kläger bei dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht Erfolg gehabt. Das Schweigen der Beklagten auf den Leistungsantrag habe dessen Bewilligung fingiert. Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 13 Abs. 3a Sätze 6 und 7 SGB V.

Das BSG hat die Revision der beklagten Krankenkasse zurückgewiesen.

Der Kläger hat kraft Genehmigungsfiktion Anspruch auf Erstattung von 2.200 Euro für von ihm selbst beschaffte 24 Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Der Kläger stellte nämlich nach dem 25.02.2013 einen bewilligungsfähigen bestimmten Antrag auf künftig zu leistende Psychotherapie, der weder unmittelbar auf eine Geldleistung noch auf Leistungen zur medizinischen Reha gerichtet war. Der Kläger durfte die Leistung, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, aufgrund der Einschätzung seiner Therapeutin für erforderlich halten. Da die Beklagte über den Antrag nicht binnen drei Wochen entschied, ohne hierfür Gründe mitzuteilen, galt die Leistung als genehmigt. Sie war auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung erforderlich. Denn der Kläger beachtete Art und Umfang der fingierten Genehmigung. Sie hatte sich bei der Beschaffung nicht erledigt, wie es etwa bei ärztlicher Feststellung der Gesundung möglich gewesen wäre. Die Beklagten nahm die Genehmigung nicht zurück, was beim Fehlen von Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion denkbar wäre, indem sie den Antrag verspätet ablehnte. Durch die Selbstbeschaffung entstanden dem Kläger 2.200 Euro Kosten.

#### **5. B 1 KR 31/15 R**

SG Osnabrück - S 13 KR 141/14

LSG Celle-Bremen - L 4 KR 247/14

Der Kläger ist seit Juni 2013 bei der beklagten Krankenkasse versichert. Die Beklagte mahnte ihn wegen rückständiger Beiträge, Säumniszuschläge und Mahngebühren i.H.v. insgesamt 1.107,07 Euro und wies auf die drohenden Ruhensfolgen hin. Sie stellte u.a. – insoweit allein noch streitig – das Ruhen der Leistungsansprüche aus der GKV ab 17.02.2014 fest. Der Kläger hat zur Begründung seiner Rechtsmittel vorgetragen, bei Beitragszahlung verfüge er nicht mehr über sein Existenzminimum. Grundsicherungs- und Sozialhilfeträger seien zur Feststellung seines Hilfebedarfs beizuladen.

Das Sozialgericht hatte die Klage abgewiesen, das Landessozialgericht hatte die Berufung zurückgewiesen, ohne dem Beiladungsersuchen stattzugeben und auf den Eintritt von Hilfebedürftigkeit ausdrücklich einzugehen. Der Kläger rügt mit seiner Revision die Verletzung von § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V, seines rechtlichen Gehörs und des Gebots der Amtsermittlung.

Die Revision des Klägers hatte im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung an das Landessozialgericht Erfolg.

Das BSG kann darüber, ob die beklagte Krankenkasse rechtmäßig das Ruhen der Leistungsansprüche feststellte, nicht abschließend entscheiden. Es steht der Anordnung des Ruhens der Leistungsansprüche und ihrer Fortdauer entgegen, dass Hilfebedürftigkeit des betroffenen Versicherten eintritt. Das Landessozialgericht hat keine Feststellungen zum geltend gemachten Eintritt von Hilfebedürftigkeit des Klägers getroffen. Es wird die gebotenen Feststellungen nunmehr nachzuholen haben.

#### **6. B 1 KR 19/15 R**

SG Speyer - S 13 KR 472/13

LSG Mainz - L 5 KR 297/13

Die Kläger führen den Rechtsstreit als Erben ihrer während des Revisionsverfahrens verstorbenen Tochter fort, der Versicherten. Sie war bei der beklagten Krankenkasse versichert und beantragte, ihr ab 01.01.2008 ein Persönliches Budget (PB) von monatlich 2.000 Euro für die ambulante medizinische Rehabilitation zu gewähren (02.11.2007). Da die Beklagte hierüber nicht entschied, erhob die Versicherte – erfolglos – Untätigkeitsklage. Die Stadt Kaiserslautern bewilligte ihr ein trägerübergreifendes PB für die Zeit vom 01.01. bis 30.09.2013. Die Versicherte forderte daraufhin von der Beklagten rückwirkend für die Jahre 2008 bis 2012 ein PB (ab 01.11.2012: 2.500 Euro monatlich). Dies lehnte die Beklagte ab.

Die Versicherte hatte mit ihrem Begehren auch in den Vorinstanzen keinen Erfolg: Ein PB könne für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum nicht gewährt werden. Die Kläger rügen mit ihrer Revision die Verletzung des § 17 Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 1 und Abs. 3 SGB IX.

Das BSG hat die Revision der Kläger als BGB-Erben der während des Revisionsverfahrens verstorbenen Versicherten zurückgewiesen.

Das Landessozialgericht hat im Ergebnis zu Recht die Berufung der Versicherten gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des Sozialgerichts zurückgewiesen. Die Kläger sind nicht klagebefugt für die Klage, ihnen das Persönliche Budget der Versicherten für die Zeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2012 zu gewähren und hilfsweise hierüber erneut zu entscheiden. Ihre Klage ist auf einen nicht vererbbaaren Anspruch gerichtet, nämlich auf eine Geldleistung, die nicht fällig ist. Für die hilfsweise erhobenen Fortsetzungsfeststellungsklagen fehlt ein berechtigtes Feststellungsinteresse.

Quelle: Pressemitteilung des BSG v. 08.03.2016