

## Zu § 18 SGB IX Tit. 3 RdSchr. 01g Gemeinsames Rundschreiben betr. SGB IX; hier: Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

---

### Zu § 18 SGB IX

|  |  |
|--|--|
| <b>Titel:</b> Gemeinsames Rundschreiben betr. SGB IX;<br>hier: Auswirkungen in der gesetzlichen<br>Krankenversicherung | <b>Normgeber:</b> Bund                 |
| <b>Redaktionelle Abkürzung:</b> RdSchr. 01g  | <b>Gliederungs-Nr.:</b> [keine Angabe] |
| <b>Normtyp:</b> Rundschreiben  |  |

### Zu § 18 SGB IX Tit. 3 RdSchr. 01g – Genehmigungsfiktion

(1) Absatz 3 bestimmt die Rechtsfolge einer Fristüberschreitung. Danach gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn keine begründete Mitteilung erfolgt. Die Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der begründeten Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung ohne weitere begründete Mitteilung abgelaufen ist.

(2) Diese "fiktive" Genehmigung entfaltet dieselbe Wirkung wie ein "echter" Bewilligungsbescheid, in dem die beantragte Leistung uneingeschränkt bewilligt wird und zwar unabhängig davon, ob der Leistungsberechtigte tatsächlich Gebrauch von seinem Selbstbeschaffungsrecht macht. D.h., dass der Antragsteller so behandelt wird, als sei ihm ein Verwaltungsakt, nämlich die Genehmigung, erteilt worden.

### Beispiel:

- Antragseingang bei der Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger am 09.05.2019. Der Versicherte beantragt die Durchführung einer fünfwöchigen stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer Nichtvertragseinrichtung, die einen außergewöhnlich hohen Vergütungssatz fordert.
- 2-Monats-Frist nach Absatz 1 verläuft vom 10.05.2019 bis 09.07.2019
- Die Krankenkasse versäumt die Entscheidungsfrist nach Absatz 1.
- Die beantragte Leistung gilt mit Ablauf des 09.07.2019 als genehmigt.

### Fallvariante a)

- Der Versicherte tritt die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation am 16.07.2019 an und trägt die Kosten hierfür zunächst selbst.
- Die Rechnung sendet er per Post an seine Krankenkasse.
- Diese ist nunmehr zur vollständigen Erstattung der dem Versicherten entstandenen Aufwendungen verpflichtet.
- Dabei ist es unerheblich, ob die leistungsrechtlichen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfüllt waren bzw. eine Leistungsdauer von fünf Wochen erforderlich gewesen wäre.
- Ebenso wenig findet die Tatsache Berücksichtigung, dass außerhalb der selbstbeschafften Leistung eine nach wirtschaftlichen und qualitativen Gesichtspunkten günstigere Vertragseinrichtung ausgewählt worden wäre.
- Eine Rücknahme für die Vergangenheit im Sinne des § 45 SGB X kommt aufgrund des nach § 45 Absatz 2 Satz 2 SGB X bestehenden Vertrauensschutzes grundsätzlich nicht in Betracht. Hinweise auf eine Einschränkung des Vertrauensschutzes im Sinne des § 45 Absatz 2 Satz 3 SGB X (z. B. Bösgläubigkeit) liegen nicht vor.

### Fallvariante b)

- Der Krankenkasse fällt am 10.07.2019 der noch unerledigte Antrag auf. Der Versicherte hat sich die Leistung zu diesem Zeitpunkt noch nicht selbst beschafft.
- Die Frage, ob der Verwaltungsakt unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X für die Zukunft zurückgenommen werden kann, ist derzeit offen.
- Bezogen auf § 18 SGB IX wurde diese Frage bisher durch die Rechtsprechung nicht geklärt.
- Die Möglichkeit der Rücknahme eines Verwaltungsaktes bei § 13 Abs. 3a SGB V wurde bisher durch die BSG-Rechtsprechung nicht eindeutig entschieden (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu § 13 Abs. 3 SGB V , Seite 52 f. Rundschreiben GKV-SV 2018/527 vom 02.10.2018).
- Mangels Rechtsprechung zu § 18 SGB IX sowie aufgrund uneindeutiger BSG-Rechtsprechung zu § 13 Abs. 3a SGB V kann zur Möglichkeit der Rücknahme eines Verwaltungsaktes nach Eintritt der Genehmigungsfiktion keine Empfehlung vorgenommen werden.