

127. Jahrgang · Juli | August 2017

# Kompass



## Reparatur eines Versäumnisses

ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRISCHE LEISTUNGEN WEITERENTWICKELT  
WELCHE DATEN SPEICHERT DIE KNAPPSCHAFT?  
PRÄVENTIONSPROJEKT: PAULA KOMMT IN DIE SCHULE



Knappschaft Bahn See

## BLICKPUNKT

§ 13 Absatz 3a SGB V: Die Reparatur eines gesetzgeberischen Versäumnisses  
Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur  
**3** fiktiven Genehmigung und ihre Folgen

## FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

- Entgeltsystem weiterentwickelt  
Neues Gesetz zur Versorgung und Vergütung von  
**14** psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen  
Rezension  
Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht  
und Sozialgesetzbücher  
**20**  
**20** Datenübersicht nach § 286 SGB V und § 96 SGB XI  
Neues Präventionsprojekt der Knappschaft  
**22** Modellphase startet im Herbst

## BERICHTE UND INFORMATIONEN

60. Nachtrag zur Satzung der Deutschen  
**23** Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung  
der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
**28**  
Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung  
**28** Knappschaft-Bahn-See  
**29** Personalnachrichten  
**31** Impressum

Titelbild:

Konkrete Hinweise des Gesetzgebers, wie eine fiktive Genehmigung beseitigt werden kann, wenn sie dem GKV-Leistungsrecht widerspricht, fehlen. Wie kann dieses Versäumnis repariert werden?

Foto: ©trahko - Fotolia.com



ANJA CHRISTINA MERTENS, MARTINA KORBACH-MEER, NICOLE SUSANNE HELMER

## § 13 Absatz 3a SGB V: Die Reparatur eines gesetzgeberischen Versäumnisses

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur fiktiven Genehmigung und ihre Folgen

Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V<sup>1</sup> ein Instrument zur Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) etablieren wollen. Hierbei hat er jedoch zu der Anwendung der Norm und ihren Rechtsfolgen sowie deren Beseitigung in den Gesetzesmaterialien keine konkreten Hinweise gegeben. Infolgedessen hat sich seit der Einführung dieser Vorschrift eine Vielzahl kontroverser Ansichten zu ihrer Anwendung entwickelt, die bereits im ersten Teil<sup>2</sup> dieses Artikels besprochen wurden.

### Vorbemerkung

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 R<sup>3</sup> kommt es in der Verwaltungspraxis vermehrt zu weitreichenden fingierten Genehmigungen<sup>4</sup> beantragter Leistungen, die teilweise im Widerspruch zum Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot<sup>5</sup> der GKV stehen. Zur Frage der Beseitigung solcher fiktiven Genehmigungen, die dem GKV-Leistungsrecht widersprechen, gibt es ebenfalls divergierende Rechtsansichten. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Anwendbarkeit der Vorschriften des SGB X<sup>6</sup> über die Bestandskraft eines Verwaltungsaktes. Anders als bei der Norm des § 42a VwVfG<sup>7</sup> hat der Gesetzgeber in § 13 Absatz 3a SGB V keine Ausführungen zur Problematik der Beseitigung einer fiktiven Genehmigung gemacht. Daher werden die Möglichkeiten aufgezeigt

und erörtert, wie eine fiktive Genehmigung, die dem materiellen GKV-Leistungsrecht entgegensteht, beseitigt werden kann. Der Gesetzgeber hat diese Problematik im Gesetzgebungsverfahren vermutlich nicht bedacht.

### Ausgangslage

Sind die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V erfüllt, gilt die beantragte Leistung als fiktiv genehmigt, ohne dass es einer (weiteren) Mitwirkung der Krankenkasse bedarf.

Um die vom Gesetzgeber mit der Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V bezweckte (zügige) Rechtssicherheit zu gewährleisten und unnötige sozialgerichtliche Verfahren zu vermeiden, würde sich eine schriftliche Bestätigung der fiktiv genehmigten Leistung durch die Krankenkasse anbieten,

sofern der gesetzlich Versicherte die fiktiv genehmigte Leistung auch nach den einschlägigen materiell-rechtlichen Vorschriften beanspruchen kann.

Steht aber die Genehmigungsfiktion im Widerspruch zur materiellen Rechtslage, stellt sich die Frage, ob dieser Widerspruch von den Krankenkassen und der Solidargemeinschaft aller gesetzlich Versicherten hinzunehmen ist oder ob und unter welchen Voraussetzungen eine nach § 13 Absatz 3a SGB V eingetretene fiktive Genehmigung beseitigt werden kann.

### Mögliche Rechtsgrundlagen für die Beseitigung einer fiktiven Genehmigung

In § 13 Absatz 3a SGB V hat der Gesetzgeber nur die Voraussetzungen für den Eintritt einer fiktiven Genehmigung

geregelt, nicht aber die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine einmal eingetretene Genehmigungsfiktion von der Krankenkasse beseitigt werden kann.

Da entsprechende spezialgesetzliche Regelungen fehlen, sind somit die allgemeinen sozialrechtlichen Vorschriften der §§ 44 ff. SGB X heranzuziehen.

In seiner ersten – und bis zum Tage der Fertigstellung dieses Artikels einzigen – zu § 13 Absatz 3a SGB V ergangenen Entscheidung vom 8. März 2016, Aktenzeichen: B 1 KR 25/15 R, hat das BSG darauf hingewiesen, dass auch eine fingierte Genehmigung wirksam bleibt, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist.<sup>8</sup>

Das BSG stellt somit die fiktive Genehmigung den ausdrücklich erteilten Verwaltungsakten gleich, indem § 39 Absatz 2 SGB X und die Vorschriften der §§ 44 ff. SGB X über die Rücknahme, den Widerruf und die Aufhebung von Verwaltungsakten auch im Hinblick auf eine fiktive Genehmigung im Sinne von § 13 Absatz 3a SGB V für grundsätzlich anwendbar erklärt werden.<sup>9</sup>

Es ist daher zu prüfen, auf welche Rechtsgrundlage sich die Krankenkasse konkret stützen kann, wenn sie die fiktive Genehmigung wegen der nicht erfüllten materiell-rechtlichen Voraussetzungen aufgrund ihres gesetzgeberischen Auftrags zur Beachtung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 Absatz 1 SGB V beseitigen muss oder aus anderen Gründen (z. B. wegen zunächst erforderlicher weiterer Prüfung des Antrags) beseitigen möchte.

### Rücknahme nach § 44 und Widerruf nach 46 SGB X

Für eine Rücknahme nach § 44 SGB X beziehungsweise einen Widerruf nach § 46 SGB X wird sich im Zusammenhang mit der Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V regelmäßig kein Anwendungsbereich ergeben.

Denn diese beiden Vorschriften des SGB X setzen jeweils einen nicht begünstigenden Verwaltungsakt voraus. Da sich der Inhalt der fiktiven Genehmigung nach dem Begehren der Versicherten bestimmt, ist davon auszugehen, dass sich die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V ausschließlich auf eine Leistung bezieht, die einen rechtlichen Vorteil für den Betroffenen begründet.

Es wird daher regelmäßig von vornherein an einer Regelung zu Lasten der Versicherten und damit an einer Voraussetzung der §§ 44 und 46 SGB X fehlen.

### Widerruf nach § 47 SGB X

§ 47 Absatz 1 SGB X ist ebenfalls nicht einschlägig, da ein Widerruf der fiktiven Genehmigung weder nach § 13 Absatz 3a SGB V noch nach einer anderen Rechtsvorschrift zugelassen ist und auch kein Verwaltungsakt vorliegt, der mit einem Widerrufsvorbehalt<sup>10</sup> oder einer Auflage<sup>11</sup> versehen wäre.

Auch eine (analoge) Anwendung des § 47 Absatz 2 SGB X auf die fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V scheidet aus, da ein Vorbehalt, eine Auflage oder eine Zweckbestimmung bei einer fiktiven Genehmigung nur schwer vorstellbar erscheinen.

Eine solche Konstellation könnte nur dann eintreten, wenn der Versicherte bereits seinen Antrag auf die begehrte Leistung mit einem Vorbehalt, einer

Auflage oder einer Zweckbestimmung versehen hätte. Dieser Fall ist lediglich theoretischer Natur, da es in der Praxis kaum vorkommen dürfte, dass die Versicherten von sich aus ihren Antrag auf die begehrte Leistung mit einer für sie nachteiligen Nebenbestimmung versehen.

Der Widerruf einer fiktiven Genehmigung scheidet damit faktisch aus.<sup>12</sup>

Somit verbleiben als mögliches Instrument der Krankenkassen, um eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V zu beseitigen, die Aufhebung nach § 48 SGB X und die Rücknahme nach § 45 SGB X.

### Aufhebung nach § 48 SGB X

Nach § 48 Absatz 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Unter den in § 48 Absatz 1 Satz 2 SGB X genannten Voraussetzungen soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden.

§ 48 Absatz 1 SGB X setzt zunächst einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung voraus, so dass für eine (analoge) Anwendung dieser Vorschrift auf § 13 Absatz 3a SGB V erforderlich wäre, dass sich die fiktive Genehmigung auf eine Leistung mit Dauerwirkung bezieht.

Eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 SGB X läge beispielsweise vor, wenn der Versicherte eine Behandlung, ein Hilfsmittel oder ein Medikament beantragt hat, zwischenzeitlich aber eine vollständige Heilung der ursprünglich behandlungsbedürftigen Krankheit eingetreten ist, oder wenn

die beantragte Zahnbehandlung überholt ist, weil der Versicherte die betroffenen Zähne durch einen Unfall verloren hat.

Im Zusammenhang mit dem erstgenannten Beispiel hat das BSG, das § 48 SGB X in seinem Urteil vom 8. März 2016 nicht angesprochen hat, angemerkt, dass sich in solchen Fällen die fiktive Genehmigung auf andere Weise im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X erledigt, weil der Versicherte die beantragte fiktiv genehmigte Leistung subjektiv nicht mehr für erforderlich halten durfte.<sup>13</sup> Da die fiktive Genehmigung für den Adressaten von vornherein erkennbar an den Fortbestand einer bestimmten Situation gebunden ist, wird sie nach höchstrichterlicher Auffassung gegenstandslos, wenn die betreffende Situation nicht mehr besteht.<sup>14</sup>

In den genannten Beispielfällen würde es zudem schon an der Voraussetzung einer fiktiv genehmigten Leistung mit Dauerwirkung fehlen. Diese Voraussetzung war auch in den bisher von der Rechtsprechung entschiedenen Sachverhalten zu § 13 Absatz 3a SGB V regelmäßig nicht erfüllt.

Nach der Gesetzesbegründung<sup>15</sup> liegt ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung vor, wenn der Verwaltungsakt nicht nur ein einmaliges Gebot oder Verbot beziehungsweise die einmalige Gestaltung des Rechts zum Gegenstand hat, sondern ein auf Dauer berechnetes oder in seinem Bestand vom Verwaltungsakt abhängiges Rechtsverhältnis begründet oder inhaltlich verändert.

Betrachtet man die in der juris-Datenbank veröffentlichte Rechtsprechung zu § 13 Absatz 3a SGB V<sup>16</sup>, zeigt sich, dass Gegenstand dieser Entscheidungen häufig Hilfsmittel, Liposuktionen

(Fettabsaugung), Straffungsoperationen und bariatrische Eingriffe (Adipositas-Chirurgie) waren, bei denen eine Dauerwirkung gerade nicht vorliegt.

Auch bei den Fällen der Arzneimittelversorgung handelt es sich nicht um Verwaltungsakte beziehungsweise fiktive Genehmigungen mit Dauerwirkung. Die Bewilligung erfolgt aufgrund einer Verordnung, die sich entweder auf eine bestimmte Menge des verordneten Arzneimittels oder auf eine zeitlich begrenzte Versorgung bezieht. Es handelt sich hingegen nicht um eine (zeitlich unbeschränkte) laufende Leistung.

Der Anwendungsbereich des § 48 Absatz 1 SGB X im Rahmen der fiktiven Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V dürfte daher auch vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung begrenzt sein.

### Rücknahme nach § 45 SGB X

Das Augenmerk im Hinblick auf die Frage, wie ein Widerspruch zwischen der materiellen Rechtslage und einer nach § 13 Absatz 3a SGB V fiktiv genehmigten Leistung von Seiten der Krankenkasse aufgelöst werden kann, ist daher auf § 45 SGB X zu richten.

### Prüfungsmaßstab des § 45 SGB X

In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage, wonach sich im Rahmen einer Rücknahme nach § 45 SGB X die Rechtswidrigkeit der fiktiven Genehmigung bestimmt: Sind ausschließlich die „formellen“ Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V oder (auch) die materiellen Voraussetzungen der jeweiligen fiktiv genehmigten Leistung für die Anwendung des § 45 SGB X maßgeblich?

### Ausführungen des BSG im Urteil vom 8. März 2016

Das BSG hat in seinem Leitsatz Nr. 4 angemerkt, dass eine Krankenkasse eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben kann, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind.<sup>17</sup>

In den Urteilsgründen heißt es weiter, dass die fingierte Genehmigung ihre Wirksamkeit ausschließlich nach den allgemeinen Grundsätzen über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsaktes verliert und sich die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung nach der Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V beurteilt, nicht nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs.<sup>18</sup>

Bei erster Betrachtung könnten diese Ausführungen des 1. Senats des BSG so verstanden werden, dass eine Rücknahme, ein Widerruf oder eine Aufhebung der fiktiven Genehmigung nur möglich wäre, wenn diese allein wegen einer anfänglich fehlenden oder später entfallenden Voraussetzung des § 13 Absatz 3a SGB V rechtswidrig war. Diese Interpretation würde eine Rücknahme der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X aus materiellrechtlichen Gründen von vornherein ausschließen.<sup>19</sup>

### Ein anderes Verständnis der Ausführungen des BSG

Die Anmerkungen des BSG im Leitsatz Nr. 4 und in Rn. 32<sup>20</sup> können jedoch durchaus anders verstanden werden, wenn sie vor dem Hintergrund der weiteren Ausführungen des BSG betrachtet werden.<sup>21</sup> Denn die Feststellung des BSG, dass für die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung allein die Voraussetzungen des § 13 Absatz

3a SGB V maßgeblich seien, ist im Zusammenhang mit dem Vortrag der beklagten Krankenkasse erfolgt, der Versicherte sei nicht schutzbedürftig, weil ihm die ablehnende Entscheidung, die jedoch keine Rücknahme der fiktiven Genehmigung enthielt, bekannt gewesen sei.<sup>22</sup>

In diesem Zusammenhang lassen sich die Ausführungen des BSG in der Entscheidung vom 8. März 2016 nämlich auch so verstehen, dass es hinsichtlich des Eintritts, also des Wirksamwerdens der fiktiven Genehmigung allein auf die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V ankommt, nicht aber im Hinblick auf das Wirksambleiben, das heißt den Bestand der Genehmigungsfiktion.<sup>23</sup>

Die Krankenkasse kann also, wenn die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V bereits erfüllt sind, nicht durch bloßen Hinweis auf die entgegenstehende materielle Rechtslage oder mit einem ablehnenden Bescheid den Eintritt der fiktiven Genehmigung verhindern.<sup>24</sup> Das BSG hat diesbezüglich ausgeführt, dass der spätere, das heißt nach Eintritt der Genehmigungsfiktion erlassene, ablehnende Bescheid die fiktive Genehmigung unberührt lässt, weil dieser weder ausdrücklich noch konkludent eine Rücknahme beziehungsweise einen Widerruf der fingierten Genehmigung geregelt hat.<sup>25</sup>

Hieraus kann aber nicht geschlossen werden, dass auch der Bestand der eingetretenen fiktiven Genehmigung ausschließlich an den Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V gemessen werden muss.

Zuzustimmen ist daher der Auffassung von Padé<sup>26</sup>, dass der Leitsatz Nr. 4 und die Darlegungen des BSG in Rn. 32 des Urteils bei näherer Betrachtung nicht

die Bedeutung haben können, dass die Krankenkasse die Genehmigungsfiktion bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V überhaupt nicht mehr beseitigen kann.

Es sprechen gewichtige Gründe dagegen, das Urteil des BSG vom 8. März 2016 so zu verstehen, dass sich die Rücknahme der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X ausschließlich nach den nicht – beziehungsweise nicht mehr – vorliegenden Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V richtet, ohne dass die materielle Rechtslage Berücksichtigung finden könnte.

Das BSG hat in Rn. 32 ausgeführt, dass sowohl der nachträgliche, das heißt nach Eintritt der fiktiven Genehmigung von der Krankenkasse erlassene Ablehnungsbescheid als auch die Information der Psychotherapeutin über das Gutachten die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion unberührt lassen, da hiermit weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme oder ein Widerruf geregelt wird.<sup>27</sup>

Da sich der verspätete Bescheid der Krankenkasse in dem entschiedenen Fall nur auf die materielle Rechtslage, nicht aber auf eine Rücknahme oder einen Widerruf bezogen hatte, musste sich das BSG in der Entscheidung vom 8. März 2016 mit der Frage des Prüfungsmaßstabs des § 45 SGB X bei einer fiktiven Genehmigung nicht auseinandersetzen. Folgerichtig beziehen sich die Ausführungen des BSG<sup>28</sup> unter Rn. 32 nur darauf, dass der Eintritt der fiktiven Genehmigung bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V durch einen späteren Ablehnungsbescheid nicht berührt wird. Gegenstand dieser Ausführungen war jedoch nicht die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Rücknahme

nach § 45 SGB X möglich ist, da eine solche im ablehnenden Bescheid der Krankenkasse nicht enthalten war. Zu dieser Problematik hat das BSG in den Urteilsgründen explizit keine Ausführungen gemacht.

### **Berücksichtigung der materiellen Rechtslage im Rahmen des § 45 SGB X**

Für eine Berücksichtigung der materiellen Rechtslage im Rahmen der Rücknahme nicht nur eines Verwaltungsaktes, sondern auch einer fiktiven Genehmigung nach § 45 SGB X sprechen die Ausführungen des BSG im Zusammenhang mit der Erledigung einer fiktiven Genehmigung auf andere Weise im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X.<sup>29</sup>

So wird – wie bereits dargelegt – unter Rn. 31<sup>30</sup> ausgeführt, dass eine Erledigung auf andere Weise eintritt, wenn die behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher Einschätzung vollständig geheilt ist, da durch diese Änderung der Sachlage für die getroffene Regelung kein Anwendungsbereich mehr verbleibt. Auch hier stellt das BSG mithin auf die materielle Rechtslage ab, indem es einen Anspruch des Versicherten aufgrund der Erledigung der eingetretenen fiktiven Genehmigung verneint, weil die materiellen Voraussetzungen – die Erkrankung und ihre Behandlungsbedürftigkeit – nicht (mehr) vorliegen.

Die Erledigung im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X betrifft ebenso wie die Rücknahme nach § 45 SGB X nicht den Eintritt der fiktiven Genehmigung, sondern deren Bestand. Auch im Rahmen der Erledigung ist nach den Ausführungen des BSG die materielle Rechtslage maßgeblich und nicht nur die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a

SGB V. Es ist kein Grund ersichtlich, warum der Maßstab für die Beseitigung einer fiktiven Genehmigung bei ihrer Erledigung ein anderer sein soll als beispielsweise bei ihrer Rücknahme.

Soweit das BSG<sup>31</sup> im Leitsatz Nr. 4 unter anderem ausgeführt hat, dass eine Rücknahme einer fingierten Leistungsgenehmigung nur möglich sei, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorliegen oder später entfallen sind, erscheint bei näherer Betrachtung keine Konstellation einer fiktiven Genehmigung denkbar, bei der die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V von Beginn an nicht erfüllt wären. Das Bayerische Landessozialgericht (LSG)<sup>32</sup> und das Sozialgericht (SG) Speyer<sup>33</sup> sprechen insoweit von einem Zirkelschluss.

Denn liegt auch nur eine der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V (Fristablauf, hinreichend konkreter Antrag, subjektive Erforderlichkeit, nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegende Leistung) von Beginn an nicht vor, tritt die fiktive Genehmigung schon nicht ein.<sup>34</sup>

Soweit die 7. Kammer des SG München<sup>35</sup> als Beispiel für eine solche Konstellation anführt, dass dem Versicherten auf seine Anfrage seitens der Krankenkasse zunächst bestätigt wird, dass aufgrund des Ablaufs der Frist des § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V und der fehlenden schriftlichen Mitteilung eines hinreichenden Grundes die Genehmigungsfiktion eingetreten sei, dies sich jedoch bei nochmaliger Prüfung als unzutreffend herausstellt, da beispielsweise bei der Fristberechnung ein Fehler unterlaufen ist oder festgestellt wurde, dass der Antrag des Versicherten nicht hinreichend bestimmt war

oder eventuell ein rechtsmissbräuchliches Verhalten des Versicherten vorlag, ist darauf hinzuweisen, dass auch in diesem vom Gericht skizzierten Beispiel keine fiktive Genehmigung eingetreten wäre, die zurückgenommen werden müsste.

Auch wenn die Krankenkasse in dem vom SG München genannten Beispiel fehlerhaft eine fiktive Genehmigung bestätigt hätte, begründet sich hieraus kein Anspruch des Versicherten aus § 13 Absatz 3a SGB V, sofern dessen Voraussetzungen nicht vorliegen. Die Bestätigung der Krankenkasse ist für den Eintritt einer fiktiven Genehmigung nicht maßgeblich. Einer solchen Bestätigung käme im Rahmen des § 13 Absatz 3a SGB V keine konstitutive Wirkung zu. Es könnte sich allenfalls ein Anspruch des Versicherten auf die beantragte Leistung aus dem entsprechenden bestätigenden Bescheid der Krankenkasse als Bewilligung beziehungsweise als Zusicherung nach § 34 SGB X oder ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch ergeben, nicht aber ein Anspruch aus § 13 Absatz 3a SGB V, da die Voraussetzungen nicht gegeben wären. Bei der Bestätigung der fiktiven Genehmigung durch die Krankenkasse würde es sich vielmehr um einen ausdrücklich erlassenen (fehlerhaften) Verwaltungsakt handeln, auf den die Vorschrift des § 45 SGB X uneingeschränkt Anwendung finden würde.

Liegen die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V von Anfang an nicht vor, tritt eine fiktive Genehmigung nicht ein und kann beziehungsweise muss folglich auch nicht zurückgenommen werden. Dieser Umstand ist den Besonderheiten der Genehmigungsfiktion geschuldet. Die fingierte Leistungsbewilligung kann ausschließlich dann eintreten, wenn die Vor-

aussetzungen der Fiktion vollständig erfüllt sind. Die fiktive Genehmigung konstituiert den Anspruch auf die beantragte Leistung allein durch die Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V, während bei einem Verwaltungsakt der Anspruch durch die Handlung der Krankenkasse, nämlich durch die Bekanntgabe des Bescheids entsteht.

Würde man der engen Auslegung des § 45 SGB X bei der fiktiven Genehmigung folgen, die ein Teil der Rechtsprechung aus dem Leitsatz Nr. 4 der BSG-Entscheidung vom 8. März 2016 ableitet, wäre somit eine Rücknahme der fiktiven Genehmigung praktisch nur möglich, wenn eine oder mehrere Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V später, das heißt nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entfallen würden. Dies würde aber dazu führen, dass der Anwendungsbereich des § 45 SGB X bei der fiktiven Genehmigung gemäß § 13 Absatz 3a SGB V faktisch leer laufen würde. Denn auch Fallkonstellationen, in denen die Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V nachträglich entfallen, sind aufgrund der Tatbestandsmerkmale dieser Norm unter Berücksichtigung der Ausführungen des BSG nur schwerlich zu konstruieren. Das Bayerische LSG spricht sogar davon, dass ein späteres Entfallen der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V denklogisch ausgeschlossen sei.<sup>36</sup>

Ein nachträgliches Entfallen des Fristablaufs und des hinreichend konkreten Antrags erscheint nicht möglich. Entweder ist die Frist abgelaufen und ein fiktionsfähiger Antrag gestellt, dann tritt die Genehmigungsfiktion ein, oder diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, so dass keine fingierte

Genehmigung vorliegt. Eine nachträgliche Änderung dieser Umstände kann sich auch nicht aus einem etwaigen Irrtum der Beteiligten ergeben, da es sich um „objektive“ Tatbestandsmerkmale handelt, die einem Irrtum nicht zugänglich sind.

Vorstellbar wäre zwar, dass die subjektive Erforderlichkeit nachträglich entfällt. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die behandlungsbedürftige Erkrankung vollständig geheilt und die beantragte Leistung nicht mehr notwendig ist. Hinsichtlich dieser Konstellation hat das BSG in seinem Urteil vom 8. März 2016 aber ausgeführt, dass es sich um eine Erledigung der fiktiven Genehmigung auf andere Weise im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X handele<sup>37</sup>, so dass auch insoweit keine Rücknahme möglich beziehungsweise erforderlich wäre.

Der Fall, dass die beantragte Leistung erst nach Eintritt der Genehmigungsfiktion offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegt, dürfte ein zu vernachlässigender Ausnahmefall sein.

Die Rücknahme einer Genehmigungsfiktion nur für den Fall des nachträglichen Entfallens der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V ist damit wohl theoretischer Natur, allenfalls auf besonders gelagerte Einzelfälle beschränkt, so dass eine Rücknahme nach § 45 SGB X bei § 13 Absatz 3a SGB V faktisch nicht in Betracht käme.

Gegen eine solche weitreichende Einschränkung des Anwendungsbereichs des § 45 SGB X im Falle der fiktiven Genehmigung spricht auch, dass anderenfalls die fiktive Genehmigung, die – dies sei an dieser Stelle nochmals

hervorgehoben – allein wegen eines Fristversäumnisses eintritt, weiter reichen würde als ein innerhalb der in § 13 Absatz 3a SGB V geregelten Fristen erlassener Verwaltungsakt. Dies sei anhand folgenden Beispiels skizziert:

Eine Krankenkasse bewilligt innerhalb von drei Wochen und damit nach dem Willen des Gesetzgebers rechtzeitig ein beantragtes Elektromobil. Da die Krankenkasse die Verkehrstüchtigkeit des Versicherten nicht geprüft hat beziehungsweise durch den Medizinischen Dienst nicht hat prüfen lassen, ist der Bewilligungsbescheid insoweit materiell-rechtlich fehlerhaft. Dieser im Widerspruch zur materiellen Rechtslage stehende Bescheid wäre rechtswidrig im Sinne von § 45 SGB X und könnte unter den in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen, insbesondere unter Beachtung des Vertrauensschutzes, zurückgenommen werden.

Es ist kein Grund ersichtlich, warum einer fingierten Genehmigung höhere Bindungswirkung zukommen soll, als einem von der Krankenkasse rechtzeitig erlassenen, aber der materiellen Rechtslage widersprechenden Verwaltungsakt, bei dem eine Rücknahme nach § 45 SGB X beziehungsweise eine Aufhebung nach § 48 SGB X unter den dort genannten Voraussetzungen unstreitig möglich wäre.<sup>38</sup>

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V allein wegen der verspäteten Entscheidung über einen Antrag eintritt. Mit der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V wird lediglich der Verwaltungsakt fingiert, der von dem Versicherten begehrt, über den von Seiten der Krankenkasse aber nicht rechtzeitig entschieden wird.

Die fingierte Genehmigung kann nicht weiter reichen als ein erlassener Verwaltungsakt. Vielmehr entfaltet die fiktive Genehmigung die gleichen Rechtswirkungen wie ein tatsächlich erteilter Verwaltungsakt.<sup>39</sup> Anderenfalls würden Versicherte, bei denen eine Genehmigungsfiktion eintritt, besser gestellt werden als Versicherte, bei denen die Krankenkasse rechtzeitig, aber fehlerhaft entscheidet, so dass § 45 SGB X zur Anwendung kommen könnte.

Eine solche Ungleichbehandlung der Versicherten würde gegen Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes verstoßen, weil ein bloßes Fristversäumnis keinen sachlichen Rechtfertigungsgrund für eine solch unterschiedliche Behandlung des Bestands einer fiktiven Genehmigung gegenüber dem Bestand eines herkömmlichen Verwaltungsaktes darstellt.<sup>40</sup>

Warum sollte ein Fristversäumnis einen weitergehenden, nämlich einen unter materiell-rechtlichen Gesichtspunkten unabänderlichen Anspruch begründen, als ein schwerwiegender Fehler der Behörde (z. B. bei der Prüfung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen) bei Erlass eines „realen“ Verwaltungsaktes? Ein Grund für eine solche Ungleichbehandlung lässt sich weder dem Gesetzeswortlaut noch den Gesetzesmaterialien, dem Sinn und Zweck des Gesetzes oder der Gesetzes-systematik entnehmen.

Der Gesetzgeber wollte ausweislich der Gesetzesbegründungen<sup>41</sup> mit der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen beschleunigen und die Krankenkasse für eine zögerliche Bearbeitung der Anträge sanktionieren. Es ist aber den Gesetzesmaterialien an keiner Stelle zu entnehmen, dass der Gesetzgeber mit der fiktiven



Genehmigung in § 13 Absatz 3a SGB V dem Versicherten einen unverrückbaren Anspruch auf eine Leistung geben wollte, der ihm ohne Berücksichtigung der materiellen Rechtslage zustehen sollte.

Weder der Gesetzeswortlaut noch die Gesetzesbegründung geben her, dass der Gesetzgeber mit der zum Schutz der Versicherten erlassenen Regelung eine Leistungsausweitung dergestalt beabsichtigt hätte, dass der Versicherte unabänderlich aufgrund eines Fristversäumnisses der Krankenkasse eine Leistung erhalten und behalten können soll, die ihm tatsächlich nicht zusteht.<sup>42</sup>

Zudem ist bei der vergleichenden Betrachtung von fiktiver Genehmigung einerseits und Verwaltungsakt andererseits auch zu berücksichtigen, dass es bei einem mündlich, schriftlich oder konkludent erlassenen Verwaltungsakt im Rahmen der Rücknahme nach § 45 SGB X auch nicht nur auf die (formellen) Voraussetzungen für seinen Erlass (Regelung eines Einzelfalls, hinreichende Bestimmtheit, Bekanntgabe usw.) ankommt, die mit den Voraussetzungen für den Eintritt der fiktiven Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durchaus vergleichbar sind, sondern insbesondere und vor allem auch auf die materielle Rechtslage.

Ferner zeigt der Vergleich mit dem Verwaltungsrecht, dass im Rahmen der Rücknahme der fiktiven Genehmigung bezüglich der Rechtswidrigkeit nicht allein auf die „formellen“ Voraussetzungen der Fiktionsvorschrift abgestellt werden kann.<sup>43</sup>

Die Grundnorm für die Genehmigungsfiktion im Verwaltungsrecht findet sich in § 42a VwVfG.

Nach § 42a Absatz 1 Satz 1 VwVfG gilt die beantragte Genehmigung nach Ablauf einer für die Entscheidung festgelegten Frist als erteilt, wenn dies durch Rechtsvorschrift angeordnet und der Antrag hinreichend bestimmt ist. In Satz 2 dieser Vorschrift ist zudem geregelt, dass die Vorschriften über die Bestandskraft von Verwaltungsakten und damit auch § 48 VwVfG, der § 45 SGB X im Wesentlichen entspricht, entsprechend anwendbar ist.

Mit § 42a VwVfG hat der Gesetzgeber eine allgemeine Regelung über Genehmigungsfiktionen eingeführt.<sup>44</sup> Diese Vorschrift bietet nach dem gesetzgeberischen Willen ein vollständiges Regelungskonzept, so dass in den einzelnen Fachgesetzen die Regelungen zur jeweiligen Genehmigungsfiktion auf fachspezifische Besonderheiten beschränkt bleiben können.<sup>45</sup> Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion sind ein hinreichend bestimmter Antrag und das Fehlen einer Entscheidung innerhalb der dafür festgelegten Frist mit der Folge, dass der Fristablauf die wirksame Bekanntgabe des fingierten Verwaltungsaktes ersetzt und die Genehmigungsfiktion die gleiche Wirkung entfaltet wie ein entsprechend ordnungsgemäß zustande gekommener und bekannt gegebener Verwaltungsakt.<sup>46</sup>

In der Gesetzesbegründung zu § 42a VwVfG hat der Gesetzgeber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht die materielle Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion fingiert wird<sup>47</sup>, so dass die Regelungen über die Nichtigkeit, Rücknahme, Widerruf oder Erledigung eines Verwaltungsaktes entsprechend gelten. Zudem hat er betont, dass die fiktive Genehmigung wie ein ordnungsgemäß zustande gekommener und bekannt gegebener Verwaltungsakt zu behandeln ist.<sup>48</sup>

Im allgemeinen und im besonderen Verwaltungsrecht (insbesondere im Hinblick auf das Baurecht, § 15 Absatz 1 Personenbeförderungsgesetz, § 6a Gewerbeordnung) ist unstrittig, dass sich die Rechtswidrigkeit einer fingierten Genehmigung im Sinne von § 48 VwVfG (der § 45 SGB X entspricht) nicht nur nach den Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion richtet, sondern vor allem auch nach den materiell-rechtlichen Voraussetzungen.

Die fingierten Genehmigungen im Verwaltungsrecht stehen – so der Wille des Gesetzgebers und die einhellige Auffassung in der Rechtsprechung – den ausdrücklich erteilten Verwaltungsakten in jeder Hinsicht gleich, reichen aber auch nicht weiter als diese, so dass im Rahmen der Rücknahme die materiellen Voraussetzungen zu prüfen sind.<sup>49</sup>

Sind die Voraussetzungen des § 48 VwVfG erfüllt, insbesondere weil die fingierte Genehmigung unter materiell-rechtlichen Aspekten rechtswidrig ist, ist die Genehmigungsfiktion so zu behandeln, als sei sie zu keinem Zeitpunkt existent gewesen (im Falle der Rücknahme für die Vergangenheit) beziehungsweise nicht mehr existent (im Falle der Rücknahme für die Zukunft).<sup>50</sup>

Das BSG hat in seinem Urteil vom 8. März 2016 im Rahmen der Auslegung des § 13 Absatz 3a SGB V ausdrücklich auf die allgemeinen Grundsätze der fiktiven Genehmigung gemäß § 42a VwVfG Bezug genommen.<sup>51</sup> So hat es betont, dass § 13 Absatz 3a SGB V ebenso wie § 42a VwVfG einen hinreichend bestimmten und damit fiktionsfähigen Antrag voraussetzt.<sup>52</sup>

Damit hat das BSG zum Ausdruck gebracht, dass auf die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V die im Rahmen des § 42a VwVfG geltenden Grundsätze Anwendung finden. Dann muss aber für die fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V im Hinblick auf ihre Rücknahme das Gleiche gelten wie für § 42a VwVfG, also insbesondere auch, dass die materielle Rechtslage im Rahmen der Rücknahme nach § 45 SGB X zu prüfen ist.<sup>53</sup>

Es ist kein Grund ersichtlich, warum die allgemeinen Grundsätze für Genehmigungsfiktionen hinsichtlich einiger Aspekte gelten sollen und bezüglich anderer Aspekte wiederum nicht.

Für eine Berücksichtigung der materiellen Rechtslage im Rahmen der Rücknahme nach § 45 SGB X bei der fiktiven Genehmigung des § 13 Absatz 3a SGB V spricht schließlich auch, dass dem Gesetzgeber bei Erlass des § 13 Absatz 3a SGB V die Norm des § 42a VwVfG, an der sich die spezialgesetzlichen fiktiven Genehmigungen ausrichten, bekannt war. Hätte der Gesetzgeber im Sinn gehabt, dass sich die fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V einerseits in ihrem Wesen von den übrigen gesetzlich normierten Genehmigungsfiktionen unterscheiden und andererseits in ihrer Reichweite über einen ordnungsgemäß erlassenen und bekannt gegebenen Verwaltungsakt hinausgehen soll, hätte er dies ausdrücklich geregelt beziehungsweise zumindest im Gesetzgebungsverfahren zum Ausdruck gebracht. Beides ist jedoch nicht geschehen.

Auch wenn es sich bei § 42a VwVfG um eine Norm des allgemeinen Verwaltungsrechtes handelt, wird sie nicht nur zur Konkretisierung der verwaltungsrechtlichen Genehmigungsfiktionen herangezogen, sondern bei-

spielsweise auch für sozialrechtliche Genehmigungsfiktionen, wie zum Beispiel § 88 Absatz 5 SGB IX<sup>54</sup>, § 91 Absatz 3 Satz 2 SGB IX beziehungsweise § 116b Absatz 2 Satz 4 SGB V<sup>55</sup>. Warum dies nicht auch bei § 13 Absatz 3a SGB V gelten soll, ist schwerlich zu begründen.<sup>56</sup>

Wie im Verwaltungsrecht wird bei § 13 Absatz 3a SGB V nicht die Rechtmäßigkeit der fiktiven Genehmigung fingiert, sondern ausschließlich der Eintritt beziehungsweise das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion.<sup>57</sup>

Letztlich zeigen auch die Beispiele 1 bis 6, dass eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X muss zurückgenommen werden können, wenn sie im Widerspruch zur materiellen Rechtslage steht.

#### Beispiel 1:

Der Versicherte beantragt eine medizinisch nicht notwendige Operation.

Wäre eine Rücknahme nach § 45 SGB X unter Berücksichtigung der Erforderlichkeit der Leistung im Sinne von § 12 SGB V nicht möglich, müsste die Krankenkasse allein bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V die Kosten einer kostspieligen Operation tragen, die nicht notwendig und aufgrund der mit einer Operation generell verbundenen Risiken für den Versicherten nicht ungefährlich ist.

#### Beispiel 2:

Ein Versicherter beantragt ein im Leistungskatalog aufgeführtes Medikament. Dem verordnenden Arzt ist nicht bekannt, dass der Versicherte weitere ordnungspflichtige oder rezeptfreie Arzneimittel einnimmt oder an weiteren Erkrankungen leidet, die

im Zusammenspiel mit dem beantragten Medikament beim Versicherten schwerwiegende gesundheitliche, gegebenenfalls auch letale Folgen hätten.

Auch wenn die Krankenkasse – beispielsweise aufgrund der Angaben des Versicherten gegenüber ihrem Medizinischen Dienst – Kenntnis von der nachteiligen oder im schlimmsten Fall sogar letalen Wirkung des beantragten Medikaments wegen der Wechselwirkung mit den übrigen Medikamenten oder infolge der weiteren Erkrankungen hätte, wäre sie aufgrund des bloßen Versäumens der Entscheidungsfrist verpflichtet, den Versicherten mit dem beantragten Medikament zu versorgen. Wäre eine Rücknahme nach § 45 SGB X in diesem Fall nur unter den Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB X möglich, würde dies dazu führen, dass die Krankenkasse dem Versicherten ein Medikament zur Verfügung stellen beziehungsweise bezahlen müsste, obwohl ihr die schwerwiegenden gesundheitlichen oder gar tödlichen Konsequenzen bekannt sind. Dies ist wohl kaum im Sinne des Gesetzgebers, der mit der Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V die Verbesserung der Patientenrechte verfolgt.

#### Beispiel 3:

Ein Versicherter beantragt einen Elektrorollstuhl oder ein Elektromobil, hat aber, was dem verordnenden Arzt nicht bekannt ist, ein Alkohol- oder Drogenproblem beziehungsweise eine die Verkehrsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung.

Selbst wenn der Medizinische Dienst der Krankenkasse im Rahmen seiner Begutachtung aufgrund der fehlenden Verkehrsfähigkeit von einer Versorgung des Versicherten dringend abraten würde, wäre das beantragte Hilfsmittel im Falle des Fristversäumnisses fiktiv genehmigt.

Würde die materielle Rechtslage im Rahmen des § 45 SGB X keine Rolle spielen, wäre die Krankenkasse verpflichtet, das Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Damit würde sie sehenden Auges eine Gefahr für den Versicherten und eine Gefahrenquelle für Dritte im Straßenverkehr schaffen.

#### **Beispiel 4:**

Der Versicherte beantragt ein Hilfsmittel, das aufgrund einer dem verordnenden Arzt bislang nicht bekannten gesundheitlichen Besonderheit nicht zu der erhofften Besserung, sondern zu einer Verschlimmerung des Leidens führen würde. Der Krankenkasse wird diese medizinische Besonderheit durch die Untersuchung des Medizinischen Dienstes bekannt.

Auch in diesem Fall müsste die Krankenkasse, wenn im Rahmen der Rücknahme nur auf § 13 Absatz 3a SGB V abzustellen wäre, bei Eintritt der fiktiven Genehmigung die Kosten eines Hilfsmittels übernehmen, das nachweislich dem Versicherten schaden und gegebenenfalls nicht zu überblickende Folgekosten verursachen würde.

#### **Beispiel 5:**

Der Versicherte beantragt mit einer Verordnung vom 1. März 2017 ein Hilfsmittel. Da die Krankenkasse aus seiner Sicht nicht rechtzeitig entscheidet, lässt er sich am 15. März 2017 eine weitere Verordnung über das gleiche Hilfsmittel ausstellen und reicht auch diese bei der Krankenkasse ein. Beide beantragten Hilfsmittel gelten aufgrund des Fristablaufs ohne Entscheidung der Krankenkasse als fiktiv genehmigt.

Fallvariante: Der Versicherte beantragt gleichzeitig mit zwei ärztlichen Verordnungen zwei verschiedene Hilfsmittel, die jedoch den gleichen Zweck

hinsichtlich seiner Erkrankung erfüllen beziehungsweise einen vergleichbaren Nutzen haben.

In der Grundkonstellation könnten zwei Genehmigungsfiktionen über das gleiche Hilfsmittel nebeneinander eingetreten sein mit der Folge, dass der Versicherte berechtigt sein könnte, von der Krankenkasse das Hilfsmittel in doppelter Ausführung auf Kosten der Versichertengemeinschaft zu verlangen. Beide Anträge auf das Hilfsmittel durfte der Versicherte bei Antragstellung für subjektiv erforderlich halten, da die Krankenkasse noch keine Entscheidung getroffen hatte.

Es drängt sich zwar in dieser Konstellation die Frage auf, ob sich nicht eine der beiden Genehmigungsfiktionen auf sonstige Weise im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X erledigt hat. Sofern hinsichtlich einer der beiden fiktiven Genehmigungen eine Erledigung auf sonstige Weise eintreten würde, stellt sich die Frage, bei welcher Genehmigung. Würde sich die erste Genehmigungsfiktion durch die zweite erledigen? Oder würde die zweite Genehmigungsfiktion aufgrund der ersten fiktiven Genehmigung schon nicht eintreten können, da der Versicherte die zweite Genehmigungsfiktion nicht mehr für subjektiv erforderlich halten durfte, obwohl sich die Situation, also fehlende Bewilligung durch die Krankenkasse bei weiterhin vorliegender Erforderlichkeit aufgrund andauernder Erkrankung, nicht verändert hatte? Insofern erscheint es zumindest fraglich, ob in dieser Konstellation tatsächlich eine Erledigung hinsichtlich einer Genehmigungsfiktion eintreten würde. Wäre dies zu verneinen und würde eine Rücknahme nach § 45 SGB X aus materiell-rechtlichen Gründen ausscheiden, ergäbe sich das Problem einer grundsätzlich unzulässigen Doppelversorgung.

In der Fallvariante durfte der Versicherte, da er von seinem behandelnden Arzt zwei Verordnungen für verschiedene Hilfsmittel erhalten hat, beide Hilfsmittel, die nicht offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskatalogs liegen, subjektiv für erforderlich halten. Ob und inwieweit hier von einer Erledigung auf sonstige Weise ausgegangen werden könnte, erscheint ebenfalls fraglich. Ohne die Möglichkeit einer Rücknahme aus materiell-rechtlichen Gründen würde sich auch hier die Gefahr einer vom Gesetzgeber gerade nicht gewollten Doppelversorgung ergeben.

#### **Beispiel 6:**

Der Versicherte stellt einen Antrag auf Versorgung mit Cannabis, über den die Krankenkasse nicht rechtzeitig entscheidet. Die engen Voraussetzungen des § 31 Absatz 6 SGB V liegen nicht vor. Dem verordnenden Arzt ist nicht bekannt, dass der Versicherte in der Vergangenheit bereits wegen psychischer Probleme aufgrund von Cannabismissbrauch stationär behandelt wurde.

Aufgrund der ärztlichen Verordnung durfte der Versicherte die beantragte Leistung für subjektiv erforderlich halten, sofern er gegenüber dem Arzt nicht wissentlich falsche Angaben gemacht hatte. In diesem Fall würde eine nicht zurücknehmbare Genehmigungsfiktion dazu führen, dass die Kosten für eine (illegale) Versorgung des Versicherten mit einem Betäubungsmittel übernommen werden müssten. Dies wäre insbesondere vor dem Hintergrund, dass nach § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V die Leistung von Cannabis nur bei der ersten Verordnung der Genehmigung der Krankenkasse bedarf, verheerend. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Vorschrift die Therapiehoheit der Ärzteschaft stärken.

Die enge Auslegung des § 45 SGB X bei der fiktiven Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V würde in diesem Beispiel dazu führen, dass nur aufgrund eines Fristversäumnisses die Krankenkasse zur Versorgung mit Cannabis auf Kosten der Versichertengemeinschaft verpflichtet wäre, solange der Arzt die Verordnungen ausstellt.

Diese Beispiele verdeutlichen, welche Auswirkungen eine einschränkende Auslegung des § 45 SGB X bei der fiktiven Genehmigung haben kann. Eine Anwendung dieser Rücknahmenvorschrift nur unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V unter Ausklammerung der materiellen Rechtslage würde nicht nur zu unerwünschten, sondern zum Teil auch zu verheerenden Ergebnissen führen.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des § 13 Absatz 3a SGB V den Schutz des Versicherten bezweckt. Intention des Gesetzgebers war es, das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen<sup>58</sup>, also Leistungsansprüche schnell zu klären. Entscheidet die Krankenkasse nicht in einem angemessenen Zeitraum, kann sich der Versicherte die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Der Gesetzgeber hat zudem in der Gesetzesbegründung betont, dass § 13 Absatz 3a SGB V die allgemeine Pflicht des Leistungsträgers nach § 17 Absatz 1 Nr. 1 SGB I<sup>59</sup> konkretisiert, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.<sup>60</sup>

Sowohl der Hinweis auf die Erforderlichkeit der Leistung als auch auf die dem Versicherten zustehenden Sozialleistungen bringt zum Ausdruck, dass es nicht im Sinne des Gesetzgebers wäre, dem Versicherten über die Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V Leistungen endgültig und unabänderlich zuzusprechen, auf die der Versicherte nach der materiellen Rechtsnorm keinen Anspruch hätte und die ihm im schlimmsten Fall mehr schaden als nutzen würden.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass § 17 Absatz 1 Nr. 1 SGB I, der durch § 13 Absatz 3a SGB V nach dem gesetzgeberischen Willen konkretisiert wird, einen dem Versicherten aus materiell-rechtlichen Gründen zustehenden Anspruch voraussetzt. Hätte der Gesetzgeber eine nicht nur hinsichtlich ihres Eintritts, sondern auch bezüglich ihres Bestands von den materiellen Anspruchsgrundlagen unabhängige, allein von den „formellen“ Voraussetzungen des § 13 Absatz 3a SGB V abhängige Genehmigungsfiktion regeln wollen, so hätte er dies ausdrücklich geregelt, zumindest aber im Gesetzgebungsverfahren zum Ausdruck gebracht. Dies ist jedoch nicht geschehen.

Prüfungsmaßstab im Rahmen des § 45 SGB X ist damit im Zusammenhang mit der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V nicht die Genehmigungsfiktion an sich, sondern der fingierte Verwaltungsakt und damit auch die materielle Rechtslage.<sup>61</sup>

### Resümee

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG die Rechtswirkungen

des § 13 Absatz 3a SGB V bei Vorliegen der Voraussetzungen ohne Rücksicht auf die materielle Rechtslage eintreten. Der Verwaltungsakt über die beantragte Leistung wird somit unabhängig von den Voraussetzungen der materiell-rechtlichen Anspruchsnorm fingiert.

Die fiktive Genehmigung muss aber – wie auch jeder fehlerhaft erlassene Verwaltungsakt – aus den dargelegten Gründen nach § 45 SGB X unter den dort genannten Voraussetzungen zurückgenommen werden können, wenn die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die beantragte Leistung nicht vorliegen.<sup>62</sup> Anderenfalls würde dies in der Verwaltungspraxis zu Ergebnissen führen, die der Gesetzgeber offenkundig nicht bezweckt hat und auch nicht gewollt haben kann. Die Genehmigungsfiktion dient dazu, die Krankenkassen zu einer zügigen Bearbeitung der Anträge der Versicherten anzuhalten. Dieser Zweck rechtfertigt es, dass im Rahmen der Prüfung des Eintritts einer fiktiven Genehmigung die materielle Rechtslage unbeachtet bleiben soll. Hingegen kann der Bestand einer fiktiven Genehmigung, die der materiellen Rechtslage widerspricht, nicht unabhängig von der materiellen Rechtslage sein. Eine Erweiterung der Rechte der Versicherten dergestalt, dass der nach § 13 Absatz 3a SGB V fiktiv genehmigte Anspruch auch bei materieller Rechtswidrigkeit unabänderlich sein soll, lässt sich weder aus den Gesetzesmaterialien noch dem Gesetzeswortlaut entnehmen. Auch die Gesetzessystematik oder eine teleologische Auslegung können eine solch weite Handhabung des § 13 Absatz 3a SGB V nicht begründen.

Eine entsprechende Regelung durch den Gesetzgeber wäre wünschenswert.

Dringend erforderlich ist jedenfalls eine zeitnahe höchstrichterliche Klarstellung im Hinblick auf die Einzelheiten der Anwendung der Vorschriften

der §§ 44 ff. SGB X auf die fiktive Genehmigung.

Auch die Tatsache, dass aktuell elf Revisionsverfahren beim BSG zum Thema § 13 Absatz 3a SGB V anhängig sind, zeigt, dass noch viele Fragen zu dieser Norm unbeantwortet sind.

**ANJA CHRISTINA MERTENS  
MARTINA KORBACH-MEER  
NICOLE SUSANNE HELMER**

KBS/Leistungs- und beitragsrechtliche Streitverfahren nach dem Sozialgerichtsgesetz  
Wasserstraße 215  
44799 Bochum

Teil I erschien in der Ausgabe Kompass Mai/Juni 2017.

#### FUSSNOTEN

- <sup>1</sup> Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
- <sup>2</sup> Kompass, Ausgabe Mai/Juni 2016, Seiten 26 bis 35
- <sup>3</sup> Im Folgenden: „BSG, a.a.O., Rn.“ (Anmerkung: Alle in diesem Aufsatz genannten Gerichtsentscheidungen wurden der juris-Datenbank entnommen.)
- <sup>4</sup> In der Rechtsprechung wird sowohl der Begriff der „fiktiven Genehmigung“ als auch der „fingierten Genehmigung“ verwendet.
- <sup>5</sup> §§ 2, 12 SGB V
- <sup>6</sup> Zehntes Buch Sozialgesetzbuch
- <sup>7</sup> Verwaltungsverfahrensgesetz
- <sup>8</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31
- <sup>9</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31, 32
- <sup>10</sup> § 47 Absatz 1 Nr. 1 SGB X
- <sup>11</sup> § 47 Absatz 1 Nr. 2 SGB X
- <sup>12</sup> so im Ergebnis auch: Hackstein, Anmerkung zum Urteil des BSG vom 8.3.2016, SGB 10.16, Seite 598
- <sup>13</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31
- <sup>14</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31
- <sup>15</sup> Bundestags-Drucksache (BT-Drs.) 8/2034, Seite 34, Gesetzesentwurf eines Sozialgesetzbuches – Verwaltungsverfahren (SGB X)
- <sup>16</sup> Bei Fertigstellung dieses Artikels waren in der juris-Datenbank 156 Entscheidungen zu § 13 Absatz 3a SGB V veröffentlicht.
- <sup>17</sup> BSG, a. a. O., Leitsatz Nr. 4
- <sup>18</sup> BSG, a. a. O., Rn. 32
- <sup>19</sup> LSG Saarland, Urteil vom 17.5.2017, L 2 KR 24/15, Rn. 39; SG Darmstadt, Urteil vom 15.11.2016, S 8 KR 732/14, Rn. 101; SG München, Urteil vom 8.11.2016, S 44 KR 218/16, Rn. 34; Hackstein, a. a. O., Seite 598
- <sup>20</sup> BSG, a. a. O.
- <sup>21</sup> so auch: Padé, Tücken der Genehmigungsfiktion in der Krankenversicherung, jurisPr-SozR 23/2016 Anm. 1
- <sup>22</sup> BSG, a. a. O., Rn. 32
- <sup>23</sup> Auch das Bayerische LSG spricht insoweit in seinem Urteil vom 23.2.2016 (L 5 KR 351/14, Rn. 34) vom Wirksamwerden und nicht etwa vom Wirksambleiben der fiktiven Genehmigung. In seinem Urteil vom 31.1.2017 (L 5 KR 471/15, Rn. 63) hat das Bayerische LSG zwischen der Genehmigungsfiktion an sich und dem fingierten Verwaltungsakt unterschieden.
- <sup>24</sup> so auch Padé, a. a. O.
- <sup>25</sup> BSG, a. a. O., Rn. 32
- <sup>26</sup> Padé, a. a. O.
- <sup>27</sup> BSG, a. a. O., Rn. 32
- <sup>28</sup> BSG, a. a. O.
- <sup>29</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31
- <sup>30</sup> BSG, a. a. O.
- <sup>31</sup> BSG, a. a. O.
- <sup>32</sup> Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 65
- <sup>33</sup> SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016, S 19 KR 329/16, Rn. 44
- <sup>34</sup> so auch: Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 65
- <sup>35</sup> SG München, Urteil vom 16.6.2016, S 7 KR 409/15, Rn. 34
- <sup>36</sup> Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 65
- <sup>37</sup> BSG, a. a. O., Rn. 31
- <sup>38</sup> so im Ergebnis auch SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/14, Rn. 46; Bayerisches LSG, Urteil vom 23.2.2016, L 5 KR 351/14, Rn. 48
- <sup>39</sup> Schifferdecker in Kasseler Kommentar, § 13, Rn. 134; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn. 58 I
- <sup>40</sup> im Ergebnis auch: SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/14, Rn. 46
- <sup>41</sup> Bundesratsdrucksache 312/12, Seite 46; Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) 17/10488, Seite 32; BT-Drs. 17/11710, Seite 29
- <sup>42</sup> so auch SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/15, Rn. 40; Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14, Rn. 54
- <sup>43</sup> so im Ergebnis aus: Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 66
- <sup>44</sup> BT-Drs. 16/10493, Seite 2
- <sup>45</sup> BT-Drs. 16/10493, Seite 15
- <sup>46</sup> BT-Drs. 16/10493, Seite 16
- <sup>47</sup> BT-Drs. 16/10493, Seite 16
- <sup>48</sup> BT-Drs. 16/10493, Seite 16
- <sup>49</sup> vergleiche zur denkmalschutzrechtlichen Genehmigung: Sächsisches OVG, Urteil vom 18.1.2006, 1 B 444/05; zur fingierten Baugenehmigung: Hamburgisches OVG, Beschluss vom 25.7.2016, 2 Bs 95/16; Schleswig-Holsteinisches VG, Beschluss vom 9.3.2016, 8 A 29/14; zum fiktiven Bauvorbescheid: Hessischer VGH, Beschluss vom 14.1.2014, 4 A 2084/12.Z
- <sup>50</sup> vergleiche zum Beispiel Schleswig-Holsteinisches VG, Beschluss vom 9.3.2016, 8 A 29/14
- <sup>51</sup> BSG, a. a. O., Rn. 23
- <sup>52</sup> BSG, a. a. O., Rn. 23
- <sup>53</sup> so auch SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/14, Rn. 46; Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 66
- <sup>54</sup> Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
- <sup>55</sup> Krüger, § 13 Abs. 3 a SGB V vor den Schranken der Sozialgerichtsbarkeit, NZS 2016, 522 mit Verweis auf Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, § 42a Rn. 19
- <sup>56</sup> so auch Krüger, a. a. O.
- <sup>57</sup> so die Gesetzesbegründung zu § 42a VwVfG, BT-Drs. 16/10493, Seite 16; zustimmend Krüger, a. a. O.; Schreiber zitiert in Kemper, Sozialstaat zwischen Individualisierung und Pauschalierung, NZS 2014, 173
- <sup>58</sup> BT-Drs. 17/10488, Seite 32
- <sup>59</sup> Erstes Buch Sozialgesetzbuch
- <sup>60</sup> BT-Drs. 17/10488, Seite 32
- <sup>61</sup> so im Ergebnis auch Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15
- <sup>62</sup> so auch Bayerisches LSG, Urteil vom 31.1.2017, L 5 KR 471/15, Rn. 66; SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016, S 19 KR 329/16, Rn. 44



© Photographee.eu - Fotolia.com

MAIK SCHELLETTER

## Entgeltsystem weiterentwickelt

Neues Gesetz zur Versorgung und Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen

■ Schon seit Jahren lässt sich in vielen Bereichen, vor allem in der Wirtschaft, ein Streben nach neuen innovativen Vergütungs- und Entgeltsystemen beobachten. Im Fokus dabei ist eine leistungsgerechte Bezahlung beziehungsweise Vergütung von Leistungen. Eine weitreichende Transparenz soll neue Regelungen verständlicher gestalten und für mehr Akzeptanz sorgen. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 versucht dem nun Rechnung zu tragen.

### Überblick und Ausgangslage

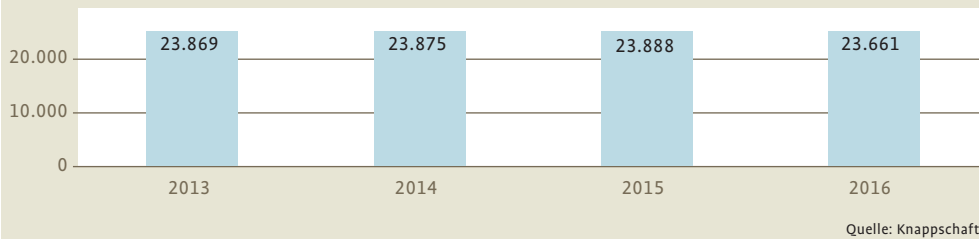
Bezogen auf den Bereich der somatischen (körperliche, nicht seelische Erkrankungen) Krankenhausbehandlung wurde der Gesetzgeber hinsichtlich der Abrechnungssystematik bereits umfangreich tätig. So hat er die für die Abrechnung maßgeblichen althergebrachten tagesgleichen Pflegesätze abgeschafft. Um Behandlungstransparenz und Leistungsgerechtigkeit zu schaffen, sind die somatischen (nicht psychiatrischen) Krankenhäuser seit 2004 verpflichtet, ihre Behandlungsfälle allgemeiner Krankenhausleistungen über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG's) abzurechnen.<sup>1</sup>

Bei der Einführung der DRG's für somatische Leistungsfälle wurden die psychiatrischen Krankenhausleistungen zunächst wegen der besonderen Individualität im Leistungsgeschehen ausgeklammert. Eine Pauschalierung aufgrund von Diagnosen – wie im somatischen Bereich geschehen – erschien hier nicht möglich (beispielhafte Fragestellung: Wie lange dauert eine Depression?). Die Einführung eines neuen Psychiatrie-Entgeltsystems sollte daher zu einem späteren Zeitpunkt neu aufgegriffen werden.

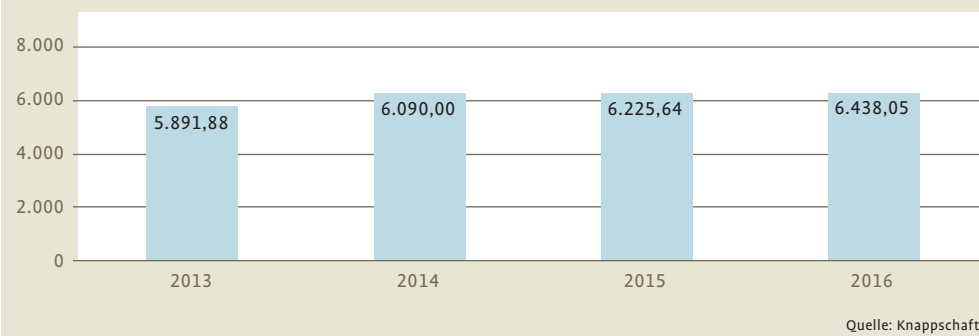
Vor dem Hintergrund, dass psychiatrische und psychosomatische Erkrankungsfälle sowohl ambulant als

auch stationär seit Jahren zunehmen, hat der Gesetzgeber die Handlungsnotwendigkeit für den Bereich der stationären Psychiatrie erkannt. Die Abb. 1 bis 3 zeigen für die zur knappschaftlichen Krankenversicherung gehörigen stationären psychiatrischen Behandlungsfälle, die nach den Jahren 2013 bis 2016 getrennte Entwicklung der Fallzahlen, die durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall und die Gesamtkosten pro Jahr. Das statistische Datenmaterial der Knappschaft weicht vom Bundestrend ab. Es weist für den Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsfälle kaum Steigerungen auf. Dieser Effekt ist zu einem großen

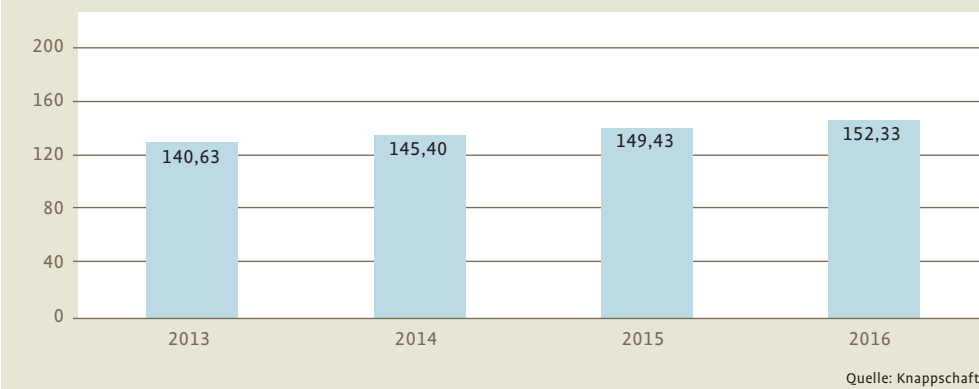
**Abb. 1: Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungsfälle (Psych-Fälle)**



**Abb. 2: Durchschnittliche Behandlungskosten je Psych-Fall (in Euro)**



**Abb. 3: Gesamtkosten Psych-Fälle pro Jahr (in Mio. Euro)**



Teil der besonderen Altersstruktur der knappschaftlich krankenversicherten Personen geschuldet.

Ein kurzer Blick auf die zehn häufigsten psychiatrischen Diagnosen des Jahres 2016 offenbart, dass depressive Erkrankungen gefolgt von Abhängigkeits-/Entzugssyndromen bei Alkoholmissbrauch überproportional oft stationäre Behandlungsfälle ausgelöst haben (vgl. Abb. 4).

Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung vom 17. März 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) hatte der Gesetzgeber in § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine gesetzliche Verpflichtung zur Entwicklung und Umsetzung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen geschaffen. Dabei sollte von den Erfahrungen des DRG-Systems

nach § 17b KHG profitiert werden. Dennoch handelte es sich um ein eigenständiges Entgeltsystem mit eigener Rechtsgrundlage.

Seitdem hat die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik einen umfassenden Wandlungsprozess in der Leistungsabbildung, Dokumentation und der Einführung einer leistungsgerechten Vergütung vollzogen.

Die Umsetzung des Psychiatrie-Entgeltsystems (Psych-Entgeltsystem) erfolgte zunächst budgetneutral durch das Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) im Jahr 2013 als jährlich anpassbares „lernendes System“. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Verband der privaten Krankenversicherung haben als Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17d Absatz 3 KHG ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Entgeltsystem) mit Tagespauschalen vereinbart (Unterschied zum DRG-System: Fallpauschalen).

Obwohl der Gesetzgeber im Jahr 2014 die ursprünglich bis zum 31. Dezember 2014 vorgesehene Options- und die bis zum 31. Dezember 2016 geplante budgetneutrale Phase für die Einführung des Psych-Entgeltsystems bereits um zwei Jahre verlängerte und die Vertragsparteien auf Bundesebene systemische Änderungen in das lernende Entgeltsystem einbrachten, bestand weiterhin massive Kritik an der Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens des PEPP-Entgeltsystems. Diese anhaltende Ablehnung gegenüber dem neuen Entgeltsystem nahm das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen eines strukturierten Dialoges zum Anlass, das Entgeltsystem konzeptionell neu auszurichten.

Aus dem richtungsweisenden Eckpunktepapier vom 18. Februar 2016 entstand das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische

Abb. 4: Psychiatrische Diagnosen im Jahr 2016

Diagnose	ICD	Anzahl der Fälle 2016
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome	F33.2	2.655
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	F10.2	2.321
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F32.2	1.854
Delir bei Demenz	F05.1	1.367
Paranoide Schizophrenie	F20.0	1.363
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	F33.1	1.262
Mittelgradige depressive Episode	F32.1	1.130
Anpassungsstörungen	F43.2	673
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	F10.3	596
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ	F60.31	520

Quelle: Knappschaft

und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016. Es ist in weiten Teilen zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Die neuen gesetzlichen Regelungen werden nachfolgend schwerpunktartig mit Fokussierung auf den Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vorgestellt.

### Ziele des PsychVVG

Die zentrale Zielsetzung des PsychVVG ist die Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung sowie die Stärkung und Sicherung der Qualität für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Ferner steht eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung im Vordergrund (sektorenübergreifende Behandlung). Das Vergütungssystem soll den besonderen Bedürfnissen der Patienten Rechnung tragen. Weiterhin gilt es, die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

### Umsetzung des PsychVVG in der stationären Psychiatrie

#### Ausgestaltung des Psychiatrie-Entgeltsystems

Die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems stärkt die Verhandlungsebene vor Ort und erfolgt – im Gegensatz

zum bisherigen PsychEntG – wieder als Budgetsystem. Dabei verhandeln die Vertragsparteien auf Ortsebene (Krankenhaus und Krankenkassen, die einen Belegungsanteil von mehr als fünf Prozent aufweisen) möglichst prospektiv individuelle Krankenhausbudgets mit krankenhausspezifischen Preisen. Grundlage für die Abrechnung wird auch weiterhin ein durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) empirisch kalkulierter bundeseinheitlicher PEPP-Entgeltkatalog sein. Die im PsychEntG vorgesehene Konvergenzphase mit einem mehrjährigen Anpassungsprozess an landeseinheitliche Basisentgeltwerte entfällt. War mit Inkrafttreten des PsychEntG 2013 noch eine landeseinheitliche Vergütung unter Anwendung des PEPP-Entgelt-Systems analog des DRG-Systems vorgesehen, löst der Gesetzgeber mit dem PsychVVG ab 2017 das bisherige Preissystem ab. Dabei erhält das Krankenhaus unter Beibehaltung der pauschalisierenden PEPP-Entgelte durch einen krankenhausspezifischen Basisentgeltwert als Multiplikator ein individuelles Budget.

Der Regelungsinhalt des PsychVVG konterkariert das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung in diesem Bereich zu schaffen. Das pauschalie-

rende Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen wird zum Abschlagssystem nur für Abrechnungszwecke degradiert. An die Stelle eines leistungsorientierten pauschalisierenden Entgeltsystems mit landeseinheitlichen Basisentgeltwerten tritt als relevantes Finanzierungsinstrument die althergebrachte Budgetfestsetzung. Dadurch leiden Leistungsorientierung und Qualität, da die Finanzierung von „teuren“ Kliniken weiterhin durch leistungsunabhängige krankenhausspezifische Basisentgeltwerte als Abrechnungsfaktoren erfolgt.

### Aufwand und Differenzierungsgrad für die PEPP-Abrechnung<sup>2</sup>

Im Rahmen der PEPP-Abrechnung soll der Dokumentationsaufwand nach dem gesetzgeberischen Willen auf das notwendige Maß beschränkt werden und der Differenzierungsgrad praktikabel sein. Hierzu konsentieren die Vertragsparteien auf Bundesebene eine schiedsstellenfähige Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Eine jährliche Überprüfung ist dabei vorgesehen. Sofern OPS-Schlüssel dabei verändert oder gelöscht werden sollen, ist frühzeitig das für die erforderlichen Änderungen zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einzuschalten.

Der gesetzliche Auftrag zur Beschränkung des Dokumentationsaufwandes und des Differenzierungsgrades birgt die Gefahr, dass das mit derzeit 77 PEPP-Entgelten (PEPP-Entgeltkatalog 2017) noch rudimentär ausgestaltete Entgeltssystem durch eine „Entschlackung“ in Gestalt eines Verlustes von PEPP-Entgelten beziehungsweise OPS-Schlüsseln zudem stark an Differenziertheit und Transparenz verliert. Hier sind vielmehr eine Verfeinerung der OPS-Schlüsselungen und ein verstärkter Zuwachs an PEPP-Entgelten mit feineren Klassifizierungen wünschenswert.



### **Systemeinführung und Optionsphase<sup>3</sup>**

In der Optionsphase können die stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frei entscheiden, ob sie das neue Entgeltssystem bereits vor der verpflichtenden Einführung anwenden. Die Optionsphase begann mit der Einführung des PEPP-Entgeltssystems im Jahr 2013 und sollte mit Ablauf des Jahres 2016 enden. Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen von einem Preissystem zu einem Budgetsystem hat der Gesetzgeber das Jahr 2017 in die Optionsphase mit einbezogen. Von 2018 an sind alle Einrichtungen verpflichtet, das neue Psych-Entgeltssystem anzuwenden. Die Einführung des Entgeltssystems erfolgt ab 2018 für zwei Jahre budgetneutral.

Derzeit wenden von insgesamt 584 stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen rund 60 Prozent der Häuser mit einem Fallanteil von etwa 75 Prozent bundesweit bereits das neue PEPP-Entgeltssystem an.

### **Mindestvorgaben zur Personalausstattung<sup>4</sup>**

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) legt Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser fest. Krankenhäuser, die diese Voraussetzungen erfüllen, erhalten vor Antrag eine 100-prozentige Ausfinanzierung nach der Psych-PV. Die Personalausstattung ist gegenüber den Krankenkassen und dem InEK nachweislich. Hierzu übermittelt das Krankenhaus den Personelnachweis inklusive dem Grad der Umsetzung erstmalig für das Jahr 2016 im August 2017 und darauf jährlich jeweils bis zum 31. März für das Vorjahr. Ein einheitlicher Aufbau sowie eine Übermittlung als elektronischer Datensatz sind dabei vorgesehen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene konsentieren hierzu eine entsprechende Personelnachweisvereinbarung. Der Personelnachweis soll Nachfinanzierungen von Einrich-

tungen bei zweckwidrig verwendeten Mitteln ausschließen. Eine Ausfinanzierung der Personalausstattung nach der Psych-PV wird kassenseitig zu Kostensteigerungen führen. Es ist davon auszugehen, dass durch eine nachweispflichtige, zweckgebundene Finanzierung von Personalstellen eine Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten eintritt.

Ab dem Jahr 2020 soll die bereits aus dem Jahr 1991 stammende Psych-PV durch eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickelnde Nachfolgeregelung abgelöst werden.<sup>5</sup>

### **Zu Unrecht erhaltene Mittel<sup>6</sup>**

Grundsätzlich sind zu Unrecht erhaltene beziehungsweise nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zur Personalfinanzierung durch die betreffenden Einrichtungen zurückzuzahlen. Das PsychVVG definiert allerdings Ausnahmen aufgrund von temporären Personalschwankungen. So ist zum Beispiel geregelt, dass bei einer Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben Mittel nicht zurückzuzahlen sind und der Gesamtbetrag nicht abzusenken ist, wenn die für Personal vereinbarten Mittel auch vollständig für Personal verwendet wurden. Bei einer nicht zweckentsprechenden Mittelverwendung haben die Vertragspartner vor Ort darüber zu verhandeln, inwieweit der Gesamtbetrag zu vermindern ist.

### **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

Als innovatives und sektorenübergreifendes Element wird die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment) als neue Leistungsart in den §§ 39 und 115d SGB V aufgenommen. Gesetzlich ist diese neue Leistung einer vollstationären Akutbehandlung gleichgestellt. Insofern ist die Indikation für eine vollstationäre psychiatrische Behandlung erforderlich (Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung). Hochproblematisch ist in diesem Zusammenhang die Definition

von Patientengruppen, die einerseits vollstationär behandlungsbedürftig sind und andererseits von einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu Hause profitieren. Bei dieser neuen Behandlungsform handelt es sich um ein freiwilliges beziehungsweise zusätzliches Leistungsangebot für Krankenhäuser mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung. Die Leistungserbringung soll durch fachärztlich geleitete, mobile, multiprofessionelle Behandlungsteams und laut Gesetzesbegründung aus den vorhandenen Klinikressourcen erfolgen. Dabei geht der Gesetzgeber von einer raschen Verfügbarkeit der Mitarbeiter mit einer 24-stündigen Therapieverantwortung an sieben Tagen in der Woche aus. Die Leistungserbringung soll im heimischen/häuslichen Umfeld erfolgen. Behandlungsort ist somit der eigene Haushalt beziehungsweise ein Alten- oder Pflegeheim beispielsweise für den Bereich der Gerontopsychiatrie. Das Krankenhaus kann über die eigentliche psychiatrische Behandlung hinaus auch Dritte beauftragen (z. B. zugelassene, ambulante Pflegedienste), zusätzliche Leistungen zu erbringen.

Die konkrete Ausgestaltung obliegt den Vertragsparteien auf Bundesebene indem eine entsprechende Vereinbarung einer Leistungsbeschreibung festgelegt wird und Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung erstellt werden. Dazu gehören unter anderem auch Anforderungen an die Dokumentation, die Qualität, die Beauftragung Dritter, Beantragung neuer OPS-Schlüssel und die Vereinbarung eines Leistungskataloges mit unbewerteten, krankenhausesindividuellen PEPP-Entgelten. Mit einer faktischen Erbringung von stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen ist erst im Laufe des Jahres 2018 zu rechnen.

Modellvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen gemäß § 64b SGB V, die je nach Ausgestaltung auch eine

stationäre Behandlung im heimischen Bereich umfassen können, bleiben trotz inhaltlicher Überschneidungen unberührt.

Grundsätzlich können in Frage kommende Patienten von der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung profitieren, da hier eine Behandlung aus einer Hand ohne Beziehungsabbrüche zwischen Behandler und Patient ermöglicht wird.

Nach der Gesetzesbegründung soll die neue Behandlungsart aus klinikeigenen Ressourcen finanziert werden und sogar noch nicht abschätzbare Einsparungen generieren. Diese Einschätzung erscheint in der Praxis unrealistisch, da zusätzlich multiprofessionelle Behandlungsteams mit einer 24-stündigen Behandlungsverantwortung an sieben Tagen pro Woche geschaffen werden müssen.

Ferner entstehen erhebliche Aufwände für einen Fuhrpark mit entsprechenden Versicherungen und für eine erweiterte Unfallversicherung für die Mitarbeiter der betreffenden mobilen Teams. Zudem ist das Personal (z. B. Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte), das die Behandlung zu Hause durchführt, während dieser Zeit mit einer Einzelbehandlung/-therapie gebunden und ist nicht anderweitig einsetzbar. Zur Behandlungszeit addiert sich noch der Zeiteinsatz für die Hin- und Rückfahrt zuzüglich des Zeitaufwandes für Staus und Parkplatzsuche.

Dabei sollte eine telefonische Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit dem Patienten keinen direkten Patientenkontakt ersetzen und eine ambulante Behandlung des Patienten im Krankenhaus im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nicht nach dieser Norm abrechnungsfähig sein (mögliche Ausnahme: Inanspruchnahme apparativer Ausstattungen im Krankenhaus).

Als Ort der Leistungserbringung gilt die Wohnung des Patienten oder der heimische Bereich. In diesem Zusam-

menhang kommen auch Alten- oder Pflegeeinrichtungen für die Leistungserbringung in Betracht. Schwierig dürfte dabei die Abgrenzung von Behandlungsumfang und weiterhin erforderlicher vollstationärer Behandlungsnotwendigkeit sein. Zudem kann die Klinik auch andere Krankenhäuser und über die psychiatrische Behandlung hinaus auch andere ambulante Leistungserbringer (z. B. zugelassene Pflegedienste) beauftragen. Leistungsabgrenzung bis hin zu Missbrauch sind bei derartigen Konstellationen gegebenenfalls nur sehr schwer überprüfbar. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung soll den innovativen sektorenübergreifenden Teil darstellen. Belastbare Evaluationen beziehungsweise Evidenzen liegen noch nicht vor. Erste Ergebnisse aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen bundesweiten Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V insbesondere für Home Treatment wurden für Ende 2016 angekündigt, stehen allerdings noch immer aus.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass für eine erfolgreiche Etablierung von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen im heimischen Umfeld die Bereitschaft zur Inanspruchnahme und die Akzeptanz durch die betroffenen Patienten entscheidend sind. Für Betroffene kann diese neue Behandlungsform im heimischen Bereich auch ein Eindringen in die letzte private Rückzugsmöglichkeit bedeuten und eine Ablehnung beziehungsweise erhebliche Vorbehalte auslösen.

#### **Erhöhung des Mindererlösausgleichs<sup>7</sup>**

Sofern ein psychiatrisches Krankenhaus die in der maßgeblichen Budgetvereinbarung festgelegten Leistungsmengen nicht erreicht, wird ein anteiliger Mindererlösausgleich zugunsten des Krankenhauses fällig. Der Ausgleichssatz von Mindererlösen wird durch die Regelungen des Psych-VVG dauerhaft von 20 Prozent auf 50

Prozent zugunsten der Krankenhäuser erhöht.

#### **Standortdefinition und -verzeichnis<sup>8</sup>**

Im Benehmen mit den Ländern sind die Vertragsparteien auf Bundesebene aufgerufen, die Kriterien zur Bestimmung eines Krankenhausstandortes festzulegen (Standortdefinition). Die Vereinbarung von Standortdefinitionen ist schiedsstellenfähig und gilt für alle Kliniken (Somatik und Psychiatrie) unter anderem zum Zweck der Qualitätssicherung, der Abrechnung (z. B. innerhalb des DRG-Systems: Zu- und Abschläge, Mindestmengen), der Krankenhausplanung und der Krankenhausstatistik.

Aufbauend auf die Standortdefinitionen vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene als Hilfsmittel für Budgetverhandlungen ein bundesweites Standortverzeichnis von Krankenhäusern. Diese Vereinbarung ist ebenfalls schiedsstellenfähig. Das Standortverzeichnis wird ab 1. Januar 2020 webbasiert nutzbar sein.

#### **Besonderheiten innerhalb der stationären Psychiatrie<sup>9</sup>**

Ab dem Jahr 2020 sollen strukturelle oder regionale Besonderheiten in der Leistungserbringung berücksichtigt werden. Hier ist zukünftig auf dem Gebiet der Krankenhausberechnung mit eigenständigen tages-, fall- oder zeitraumbezogenen Entgelten und Zuschlägen zu rechnen, die kassenseitig Kostensteigerungen generieren.

#### **Besonderheiten Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>10</sup>**

Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen im Rahmen der Krankenhausbudgetverhandlungen ab dem Jahr 2020 bei der Vereinbarung des Gesamtbetrages berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist gegebenenfalls die Errichtung von stationären Behandlungsbereichen für Jugendliche nach dem 18. Lebensjahr denkbar (Zeit der Adoleszenz<sup>11</sup>). Je nach Entwicklungsstadium oder -störung soll auf die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe

eingegangen werden. Als Altersgrenze nennt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hier das 21. Lebensjahr.

### **Bundesweiter Krankenhausvergleich<sup>12</sup>**

Ab dem Jahr 2020 ist ein bundesweiter leistungsbezogener Vergleich von psychiatrischen Krankenhäusern als Hilfsinstrument für Budgetverhandlungen vorgesehen. Konkretisierungen hierzu müssen von den Vertragsparteien auf Bundesebene erarbeitet werden. Insbesondere sind der Stellenwert und die funktionelle Einbindung des Vergleichsinstruments innerhalb von Budgetverhandlungen festzulegen.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist das Standortverzeichnis und der ab dem Jahr 2020 vorgesehene Krankenhausvergleich. Der genaue Funktionsumfang und der Stellenwert dieses Instrumentariums bei den Krankenhaus-Budgetverhandlungen vor Ort sind noch nicht abschließend definiert. Die Schaffung eines effektiven Krankenhausvergleichs ist eine anspruchsvolle Aufgabe, deren Bewältigung für den Bereich der Somatik vor Jahren leider gescheitert ist.

### **Obergrenze Budgetsteigerungen und Anpassungsvereinbarung<sup>13</sup>**

Der sogenannte Veränderungswert stellt die maßgebliche Obergrenze für die jährlichen Steigerungen der Krankenhausbudgets stationärer psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen dar. Ab dem Jahr 2020 besteht die Möglichkeit, dass die Ver-

tragsparteien auf Bundesebene krankenhausesindividuell Abweichungen bei Über- und Unterschreitung der Obergrenze (z. B. bei Veränderungen in der Leistungsstruktur oder der Fallzahlen) durch eine Anpassungsvereinbarung konsentieren. Nähere Ausgestaltungen hierzu fehlen noch.

### **Fazit**

Mit der Verabschiedung des PsychVVG ist der Gesetzgeber inhaltlich auf die Bedenken und Ängste der Leistungserbringer eingegangen. Darunter leiden die eigentlichen Zielvorstellungen (Transparenz und Leistungsgerechtigkeit) des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems.

Die Budgetfindung bleibt in Detailregelungen zu vage, insbesondere sind die Mechanik für die Krankenhaus-Budgetverhandlungen ab dem Jahr 2020 und der Stellenwert beziehungsweise die Implementierung des bundesweiten Krankenhausvergleichs noch unklar. Leistungsgerechtigkeit und Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist so im Hinblick auf die Patientenversorgung nicht erreichbar. Auch in Zukunft wird nicht deutlich, welche Therapien mit welchem Erfolg eingesetzt werden. Dies ist epidemiologisch und versorgungspolitisch hochproblematisch, vor allem im Hinblick auf den teilweise riskanten Einsatz von Psychopharmaka.

Mit einer stetigen Weiterentwicklung beziehungsweise Nachbesserung des

Psych-Entgeltsystems durch die Vertragsparteien und das BMG im Rahmen eines „lernenden Systems“ ist allerdings in den kommenden Jahren zu rechnen.

Das PsychVVG sieht die Aufstockung der Mittel des Gesundheitsfonds aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Mrd. Euro – unter anderem begründet mit den vorübergehenden Mehrbelastungen der GKV durch Asylbewerber – vor. Diese wirkt entlastend auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Einwendungen des Bundesrates gegen diese einmalige Finanzspritze für das Jahr 2017 wurden nicht berücksichtigt.

Dabei geht das BMG für das Jahr 2017 insgesamt von Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von etwa 36 Mio. Euro (Anteil Knappschaft: ca. 756.000 Mio. Euro) aus. Ab 2018 prognostiziert das BMG Mehrkosten von jährlich etwa 60 Mio. Euro (Anteil Knappschaft: ca. 1,51 Mio. Euro). Diese jährlichen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung werden laut Berechnungen des GKV-SV bereits durch den von 20 auf 50 Prozent erhöhten Mindererlösausgleichssatz erreicht.

**MAIK SCHELLETTER**  
KBS/Krankenversicherung  
Leistungsmanagement  
Knappschaftstr. 1  
44799 Bochum

#### **FUSSNOTEN**

<sup>1</sup> § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

<sup>2</sup> § 17d Absatz 1 Satz 4 KHG, § 9 Absatz 1 Nr. 9 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV)

<sup>3</sup> § 17d Absatz 4 Satz 5 KHG

<sup>4</sup> § 17d Absatz 1 Satz 9 KHG und §§ 9 Absatz 1 Nr. 8 und 18 Absatz 2 Satz 2 bis 6 BPfIV

<sup>5</sup> § 136a Absatz 2 SGB V

<sup>6</sup> § 18 Absatz 3 KHG

<sup>7</sup> § 3 Absatz 7 Nr.1 BPfIV

<sup>8</sup> § 2a KHG, § 293 Absatz 6 SGB V

<sup>9</sup> § 3 Absatz 3 BPfIV

<sup>10</sup> § 3 Absatz 3 SGB V

<sup>11</sup> <http://psychologie-news.stangl.eu/76/adoleszenz>

Adoleszenz beschreibt den Lebensabschnitt zwischen der späten Kindheit und dem Erwachsenenalter. Die genaue Bestimmung des Alters ist sowohl vom Geschlecht, der Kultur, der Ernährung und anderen Faktoren abhängig. Die Adoleszenz umfasst nicht nur die physische Reifung zum Erwachsenen, sondern vor allem auch die seelische und psychische Entwicklung zum selbstständigen, verantwortungsbewussten Erwachsenen.

<sup>12</sup> § 4 BPfIV

<sup>13</sup> § 3 Absatz 2 und 3 BPfIV

<sup>14</sup> § 271 Absatz 2 SGB V

## Rezension

### Bundesversorgungsgesetz – Soziales Entschädigungsrecht und Sozialgesetzbücher

■ Kommentar, begründet von Dr. Kurt Rohr und Horst Sträßler, fortgeführt von Dirk Dahm, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, 106. Lieferung (08/2016), 2.634 Seiten in drei Ordnern, 240 Euro, ISBN 978-3-537-53299-2.

Der bekannte und bewährte Kommentar zum Bundesversorgungsgesetz (BVG) liegt in einer vollständig überarbeiteten Neuauflage vor und enthält die gesamten Gesetze und Rechtsverordnungen des Sozialen Entschädigungsrechts und die für dieses Rechtsgebiet maßgebenden Sozialgesetzbücher:

- Allgemeiner Teil (SGB I)
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) nebst Erläuterungen
- Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X)
- Sozialhilfe (SGB XII) nebst Erläuterungen

Vor einigen Jahren wurden auch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, bearbeitet von Dr. Wolfgang Griebel und Dirk Dahm, in den Kommentar aufgenommen. Die Änderungen des BVG durch die 22. Verordnung zur Anpassung des Bemessungsbetrages und von Geldleistungen nach dem BVG 2016 (22. KOV-AnpVO 2016) sind mit der 106. Lieferung im Werk vollständig umgesetzt worden. Die ausführliche Kommentierung wendet sich an Prozessbevollmächtigte, Kriegs- und Gewaltopferorganisationen, an die Gerichte und an die Versorgungsverwaltung; wegen der Hinweise auf Beziehungen zum sonstigen Sozial- und Leistungsrecht aber auch an Sozialversicherungsträger (SGB III, V, VI, VII und XI). Mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen wird der Gutachter im Sozialrecht, insbesondere auch im Sozialen Entschädigungsrecht, angesprochen. H.M. ■

## Datenübersicht nach § 286 SGB V und § 96 SGB XI

■ Nach § 286 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die Krankenkassen und nach § 96 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Pflegekassen verpflichtet, einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von Ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten personenbezogenen Daten zu erstellen, diese der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen und sie in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Die Knappschaft kommt hiermit dem gesetzlichen Auftrag zur Veröffentlichung nach.

Seit dem 1. Januar 2017 enthält die Datei „Pfleger-Datenbank“ (PDA) auch den Pflegegrad und die -art.

KBS ■

Knappschaft 44781 Bochum		Stand: Juli 2017
1. Bezeichnung der Datei	DEÜV-Datenbank	
2. Betroffener Personenkreis	Kranken-, renten-, pflege- oder arbeitslosen-versicherte Arbeitnehmer	
3. Arten der gespeicherten personenbezogenen Daten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zur Person               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Personengruppe</li> <li>1.2 Versicherungsnummer(n)</li> <li>1.3 Status Arbeiter/Angestellter</li> <li>1.4 Status mitarbeitender Fam.ang./ Geschäftsführer einer GmbH</li> </ol> </li> <li>2. zum Beschäftigungsverhältnis               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 zum Beschäftigungsbeginn</li> <li>2.2 zum Beschäftigungsende</li> <li>2.3 Beschäftigung gegen Entgelt</li> <li>2.4 zur Tätigkeit</li> <li>2.5 zur Prüfung des Überschreitens einer BBG bei Mehrfachbeschäftigung</li> </ol> </li> <li>3. Bezug von Entgeltersatzleistungen (incl. ALG I/ALG II-Zeiten)</li> <li>4. Anrechnungszeiten</li> </ol>	

1. Bezeichnung der Datei	Mitglieder-/Leistungsdatei Knappschaftliche Pflegeversicherung
2. Betroffener Personenkreis	Gegenüber der knappschaftlichen Pflegeversicherung Berechtigte, die 1. Mitglieder, 2. Mitglieder dem Grunde nach, 3. ehemalige Mitglieder, 4. Betreuungsfälle, 5. Familienangehörige (aus dem Versicherungsverhältnis der Personen 1 - 4 berechtigt bzw. früher berechtigt) sind.
3. Arten der gespeicherten personenbezogenen Daten	1. zur Person 1.1 im Rahmen der Allg. Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) vom 15.07.1999 1.2 Kranken-/Pflegeversichertennummer(n) (KVN/R) 1.3 Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung 1.4 Staatsangehörigkeit 2. zum Versicherungsverhältnis (zur Mitgliedschaft) 3. zu Beiträgen 4. zur Beantragung von Leistungen aus der knappschaftlichen Pflegeversicherung (bis zur Bewilligung bzw. Ablehnung) zu Leistungen aus der knappschaftlichen Pflegeversicherung (Sach- und Geldleistungen) 5. zum Leistungsempfang 6. zur Leistungsabrechnung 7. über Einlegung von Rechtsbehelfen und -mitteln 8. zur Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI

1. Bezeichnung der Datei	Pflege-Datenbank (PDA)
2. Betroffener Personenkreis	Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die knappschaftlich Versicherte pflegen
3. Arten der gespeicherten personenbezogenen Daten	1. zur Person 1.1 Versicherungsnummer(n) 1.2 Personalien der Pflegeperson (Name/Anschrift) 1.3 Geschlecht 1.4 Staatsangehörigkeit 2. zum Pflegeverhältnis - Kennung (Beziehung des Pflegers zum Geplagten) - Dauer des Pflegeverhältnisses - Pflegestufe/-grad/-art - Umfang in Wochenstunden - Aussage zur Rentenversicherungs- und Arbeitslosenversicherungspflicht - Aussage zur Unfallversicherungspflicht - Vom-/Bis-Zeitraum der Unterbrechung des Pflegeverhältnisses, sofern dies in der Person des Pflegers begründet ist 3. die aus den zu 1 und 2 genannten Daten erzeugten Datensätze an die RV-Träger 4. die aus den zu 2 genannten Daten berechneten Beiträge, die die Pflegekasse zu entrichten hat

1. Bezeichnung der Datei	Mitglieder-/Leistungsdatei (KKVS – Knappschaftliches Krankenversicherungssystem)
2. Betroffener Personenkreis	Gegenüber der knappschaftlichen Kranken- und Pflegeversicherung Berechtigte, die 1. Mitglieder, 2. Mitglieder dem Grunde nach, 3. ehemalige Mitglieder, 4. Betreuungsfälle (auch nach § 264 SGB V), 5. Familienangehörige (aus dem Versicherungsverhältnis der Personen 1 - 4 berechtigt bzw. früher berechtigt sind) 6. Ärzte, die einer Kassennärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung angehören, 7. Chef- und Belegärzte einzelner Fachabteilungen eines Krankenhauses
3. Arten der gespeicherten personenbezogenen Daten	1. zur Person 1.1 im Rahmen der Allg. Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) 1.2 Kranken-/Pflegeversichertennummer(n) 1.3 Bundeseinheitliche Krankenversichertennummer (EKVNR) 1.4 Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung 1.5 Staatsangehörigkeit 1.6 Steueridentifikationsnummer (einschließlich Einwilligungszustand) zum Versicherungsverhältnis (zur Mitgliedschaft) 3. zu Beiträgen 4. zur Beantragung von Leistungen aus der Krankenversicherung (bis zur Bewilligung bzw. Ablehnung) 5. zu Leistungen der Krankenversicherung (Sach- und Geldleistungen) und deren Ursachen 6. zum Leistungsempfang (einschl. durch berechtigte Dritte)

3. Arten der gespeicherten personenbezogenen Daten

- 7. Leistungsmanagementdaten (DMP-Daten)
- 8. zur Leistungsabrechnung
- 9. zur Beantragung und Gewährung von Leistungen der Deutschen Rentenversicherung
- 10. über Einlegung von Rechtsbehelfen und -mitteln
- 11. zur Familienversicherung (auch dem Grunde nach)
- 12. Leistungsbringer- und Vertragsdaten (Ärzte, Krankenhäuser etc.)
- 12.1 Ärzte und Zahnärzte
  - KV-Arzt- und KV-Bereichsnummer
  - Facharztgruppen- und Verordnungsnummer
  - Länderschlüssel und landesspezifische Verordnungsnummer
  - Knappschaftsarztziffer
  - lebenslange Arztziffer (LANR)
  - Betriebsstättennummer (BSNR)
  - Merkmal Haupt-/Nebenbetriebsstätte
  - Praxisnummer (ANR)
  - Name, Vorname, Titel, Geb.Dat, Anschrift
  - Kontaktdaten (E-Mail, Telefon- und Faxnummer)
  - Facharztziffer
  - Merkmal HVZ (hausarztzentrierte Verg.)
  - Teilnahmestatus (Rechtsgrundlage)
  - aktuell gemeldeter Tätigkeitszeitraum
  - Behandlungs-, Verordnungs- und Leistungsdaten
  - Abrechnungsdaten (KV/KZV)
- 12.2 Chef- und Belegärzte
  - Name, Vorname und Titel
  - Art der geführten Fachabteilung
  - Datum, bis zu dem eine entsprechende Fachabteilung geführt wurde
  - Arztvertragskennungen (Vertragsabschluss bzw. Neuvertrag)
- 13. Private Zusatzversicherungen
  - Mitgliedschaftszeiten und Tarifdaten
- 14. über die Ausstattung mit der eGK (einschl. Bilddateien)

Die Kistenkoblde Freudibold, Bibberbold, Heulibold und Zornibold kommen von der Augsburger Puppenkiste und unterstützen Grundschüler bei der Entwicklung ihrer emotionalen Kompetenzen. Sie besuchen 2018 die Modellschulen mit der Theateraufführung von „Paula kommt in die Schule“.

Foto: Augsburger Puppenkiste



## Neues Präventionsprojekt der Knappschaft

### Modellphase startet im Herbst

Für viele Kinder ist der Wechsel von der Kita zur Grundschule nicht einfach. Sie werden mit vielen neuen Gefühlen und Eindrücken konfrontiert, die sie erstmal verarbeiten müssen. Hier setzt das Modellprojekt „Paula kommt in die Schule“ an. Es fokussiert die sozial-emotionalen Kompetenzen der Kinder in den ersten beiden Grundschuljahren. Ziel des Präventionsprojekts ist, die Kinder individuell bei ihrer Entwicklung zu unterstützen und zu fördern. Für die im Herbst beginnende Modellphase können sich Grundschulen in Nordrhein-Westfalen und Brandenburg bewerben.

Träger des Modellprojekts ist das Sozialunternehmen Papilio. „Paula kommt in die Schule“ orientiert sich an dem seit über zehn Jahren erprobten und nachweislich wirksamen Kindergarten-Präventionsprogramm „Papilio-

3bis6“. Eine Gruppe aus Wissenschaftlern rund um die Freie Universität Berlin haben in Zusammenarbeit mit erfahrenen Pädagogen das neue Präventionsprogramm speziell auf Erst- und Zweitklässler zugeschnitten.

Kooperationspartner von Papilio ist die Knappschaft. Dank dieser Partnerschaft auf Basis des Präventionsgesetzes sind alle Materialien und Fortbildungen des Präventionsprojekts für die Schulen kostenfrei. Während der Modellphase im Schuljahr 2017/18 werden die Projektteilnehmer von regionalen Papilio-Trainern betreut und unterstützt. Die Inhalte der Fortbildung sind so konzipiert, dass sie sich nachhaltig anwenden lassen. Ein besonderes Highlight des Präventionsprojekts ist das Puppentheaterstück „Paula kommt in die Schule“, inszeniert durch die Augsburger Puppenkiste.

Nähere Informationen zum Modellprojekt unter [www.papilio.de/papilio\\_grundschule.php](http://www.papilio.de/papilio_grundschule.php).

Das Sozialunternehmen Papilio e.V. bietet Präventionsprogramme gegen die Entwicklung von Sucht und Gewalt, die in Kitas und Grundschulen ansetzen. Die Wirksamkeit ist wissenschaftlich belegt. Erzieherinnen, Kinder und Eltern werden mit einbezogen. Kinder lernen spielerisch soziale Regeln, den Umgang miteinander und gewaltfreies Lösen von Konflikten. Das Papilio-Kindergartenprogramm reduziert erste Verhaltensauffälligkeiten und fördert die sozial-emotionale Kompetenz. Diese beiden Aspekte bilden einen grundlegenden Schutz gegen Risiken, die zu Sucht und Gewalt führen.

KBS ■

## 60. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vom 1. Oktober 2005 in der Fassung des 59. Satzungsnachtrages wird wie folgt geändert:

### Artikel 1

1. Im Inhaltsverzeichnis, Erster Teil, in der Überschrift des Sechsten Abschnittes sowie im Anhang die Bezeichnung der Anlagen 3 und 4, in den §§ 10, 14, 29 (ausgenommen Absatz 1 Satz 1), 30, 31, 32, 33, 34, 41, 42 sowie in den Anlagen 3 und 4 wird die Funktionsbezeichnung „Versichertenälteste“ in „Versichertenberaterin bzw. -rinnen/Versichertenberater“ umbenannt.

2. Das Inhaltsverzeichnis wird außerdem wie folgt geändert:

§ 3 Organe

§ 16 Beanstandung von Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes

§ 29 Funktionsbezeichnung, Aufgaben und Pflichten

Die Überschrift, Erster Teil, Zweiter Abschnitt wird wie folgt geändert:

„Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“

3. Die Überschrift, Erster Teil, Zweiter Abschnitt, über § 3 wird wie folgt geändert:

„Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“

4. § 3 Absatz 1 wird neu eingefügt. Aus dem bisherigen Satz 1 wird Absatz 2:

#### „§ 3 Organe

(1) Organe der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung.

(2) Selbstverwaltungsorgane der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind die Vertreterversammlung und der Vorstand (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).“

5. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

#### „§ 6 Vorsitz der Selbstverwaltungsorgane

(1)-(2) unverändert

(3) Der Vorsitz in den Selbstverwaltungsorganen wechselt zwischen der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden jährlich (§ 62 Abs. 3 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) am 1. Oktober; erstmals zum 1. Oktober des Folgejahres der Sozialversicherungswahl.“

6. § 7 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

**„§ 7 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung**

- (1) unverändert
- (2) Ist ein Selbstverwaltungsorgan nicht beschlussfähig, kann die oder der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Absatz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen (§ 64 Abs. 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch).
- (3)-(7) unverändert“

7. § 14 Punkt 2, 2a und 3a werden wie folgt geändert:

**„§ 14 Aufgaben des Vorstandes**

Der Vorstand verwaltet die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 35 Abs. 1 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Er ist für alle Angelegenheiten zuständig, die nicht durch Gesetz oder sonstiges für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See maßgebendes Recht der Vertreterversammlung oder der Geschäftsführung vorbehalten sind. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:

- 1. unverändert
- 2. Vorschlag an die Vertreterversammlung für die Wahl der Mitglieder und der Stellvertreterinnen und der Stellvertreter in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 44 Abs. 5 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),
- 2a. Vorschlag an die Vertreterversammlung für die Nachwahl von ausgeschiedenen Mitgliedern und Stellvertreterinnen oder Stellvertretern in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 60 Abs. 1 a, Abs. 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),
- 3. unverändert
- 3a. Vorschlag an die Bundesvertreterversammlung für die Nachwahl von Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund (§ 60 Abs. 1 a, Abs. 3 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),
- 4.-38. unverändert“

8. Die Überschrift des § 16 wird wie folgt geändert:

**„§ 16 Beanstandung von Beschlüssen der Selbstverwaltungsorgane durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Vorstandes“**

9. § 22 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

**„§ 22 Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse**

- (1)-(4) unverändert
- (5) Abweichend von Absatz 4 Satz 1 - 3 werden in Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung die nach Absatz 3 von der Künstlersozialkasse vorgeschlagenen Mitglieder im Verhinderungsfalle von ebenfalls von der Künstlersozialkasse vorgeschlagenen Stellvertreterinnen oder Stellvertretern vertreten. Absatz 4 Satz 4 bleibt unberührt.“



10. § 24 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

**„§ 24 Amtsdauer, Verlust der Mitgliedschaft**

(1)-(2) unverändert

(3) Das Mitglied eines Widerspruchsausschusses wird durch die Vertreterversammlung von diesem Ehrenamt entbunden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(4) unverändert“

11. In § 29 Absatz 1 wird ein neuer Satz 1 eingefügt. Des Weiteren wird die Überschrift des Paragraphen wie folgt geändert:

**„§ 29 Funktionsbezeichnung, Aufgaben und Pflichten**

(1) Die Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See haben ab dem 1. Dezember 2017 die Funktionsbezeichnung „Versichertenberaterin/Versichertenberater“.

...

(2) unverändert“

12. In § 31 Absatz 4 wird Satz 3 gestrichen.

13. § 32 Absatz 2, 3 und 4 werden wie folgt geändert:

**„§ 32 Wahlverfahren**

(1) unverändert

(2) Die oder der Vorsitzende der Vertreterversammlung teilt den Zeitpunkt der Wahl der Versichertenältesten spätestens drei Monate nach dem Wahltag für die Sozialversicherungswahl den nach Abs. 4 vorschlagsberechtigten Organisationen und Wählergruppen mit.

(3) Die Versichertenältesten werden aufgrund von Vorschlagslisten durch die Versichertenvertreterinnen und -vertreter der Vertreterversammlung für bestimmte Versichertenältestenbezirke gewählt. Für die Wahl gelten §§ 45 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz, 46 Abs. 2 und 3 Satz 1 und 2, 48 Abs. 7 und 52 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) Den Vorschlagslisten nach Abs. 3 sind Vorschläge der Organisationen und Wählergruppen zugrunde zu legen, die zur Einreichung von Vorschlagslisten für die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung berechtigt sind (§ 61 Abs. 1 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Bei allen in der Vorschlagsliste aufgeführten Bewerberinnen und Bewerbern ist anzugeben, für welchen Versichertenältestenbezirk der Vorschlag erfolgt.

(5)-(6) unverändert“

14. § 39 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

**„§ 39 Allgemeines**

(1)-(4) unverändert

(5) Zur Abstimmung der regionalen Erfahrungen und zur Vereinheitlichung der bundesweiten Unternehmensziele findet auf Einladung der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden und der stellvertretenden Vorsitzenden oder des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes bei Bedarf, mindestens einmal jährlich, eine Konferenz der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Regionalausschüsse (Konferenz der Regionalausschüsse) statt, an der die Mitglieder der Geschäftsführung teilnehmen.“

15. § 41 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

**„§ 41 Wahl und Amtsdauer**

(1)-(5) unverändert

(6) Scheidet ein Mitglied eines Regionalausschusses aus, so wird von der Gruppe des Vorstandes, die es gewählt hatte, eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger gewählt. § 23 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 der Satzung gelten sinngemäß.

(7) unverändert.“

16. In Anlage 3 (zu § 42 der Satzung) werden die Punkte 1.1, 2.3, 2.4, 2.4.1, 2.4.2 und 5 wie folgt geändert:

„...“

1.1 Es werden gewährt:

78,00 Euro monatlich für Zeitaufwand:

Dieser Betrag wird für Beratungen und Durchführungen von Sprechstunden gewährt.

...

2.3 Auslagen für die Benutzung von privaten Kommunikationsmitteln („Kommunikationspauschale“)

Erstattet werden auf Antrag und gegen Nachweis die für diese Tätigkeit genutzten privaten Kommunikationsmittel in Höhe von 20,00 Euro monatlich. Mit dieser Entschädigung sind alle im Zusammenhang mit der Kommunikation stehenden Kosten abgegolten.

...

2.4 Erstattung von Fahrkosten

Grundsatz:

...

Fahrkosten für die Beratung und Betreuung von Versicherten werden daher nur unter den in Ziffer 2.4.1 aufgeführten Voraussetzungen gezahlt. Hierbei sind die Grundsätze einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung zu beachten. Die zurückgelegten Kilometer bzw. Kosten für öffentliche Nahverkehrsmittel sind unter Angabe der Personalien des Versicherten in einem Fahrtenbuch zu dokumentieren, das der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf Verlangen vorzulegen ist. Fahrkosten zu Versicherten können nur innerhalb des zu betreuenden oder eines daran angrenzenden Versichertenältestenbezirkes erstattet werden.

2.4.1 Fahrkostenerstattung bei Hausbesuchen

Fahrkosten für evtl. durchgeführte Hausbesuche bei den Versicherten können nur in besonders begründeten Ausnahmefällen erstattet werden. Diese liegen insbesondere vor, wenn Versicherte aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage sind, den Ältesten aufzusuchen. Dies muss durch die Versicherten auf einem Formblatt bestätigt werden.

2.4.2 Höhe der Fahrkostenerstattung

An Fahrkosten werden erstattet

a) die notwendigen Kosten für die Fahrt zu Versicherten mit öffentlichen Verkehrsmitteln

oder

b) bei notwendiger Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges für jeden angefangenen Kilometer eine Entschädigung in Höhe von 0,20 Euro. Die Notwendigkeit ist zu begründen.

5. Stellvertretung

Vertretungen sind dem Referat 0.1 zu melden.

– Sätze 2 und 3 entfallen –

Bei gegenseitiger Vertretung von Ältesten erfolgen keine weiteren Zahlungen nach Ziffern 1.1, 2.1, 2.2 und 2.3.“

17. In Anlage 4 (zu § 42 der Satzung) wird der Punkt 1 wie folgt geändert:

**„1. Tagegeld**

Ziffer 1.1 der Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane (Anlage 2 dieser Satzung) gilt entsprechend.

Tagegeld wird wie folgt gezahlt:

- 24,00 Euro pro Kalendertag bei zeitlicher Inanspruchnahme von 24 Stunden (einschl. An- und Rückreise),
- jeweils 12,00 Euro für den An- und Abreisetag, sofern die/der Versichertenälteste an diesem, einem anschließenden oder vorhergehenden Tag außerhalb der eigenen Wohnung übernachtet,
- 12,00 Euro pro Kalendertag bei einer zeitlichen Inanspruchnahme von mehr als 8 Stunden (einschl. An- und Rückreise/ ohne Übernachtung).“

18. In Anlage 8 (zu § 22 Abs. 1 der Satzung) werden die Widerspruchsausschüsse Hamburg I-III und Hannover I-IV gestrichen und um folgende Widerspruchsausschüsse ergänzt:

Widerspruchsausschuss	Versichertenvertreter/innen		Arbeitgebervertreter/innen	
	Mitglieder	Stellvertreter/innen bis zu	Mitglieder	Stellvertreter/innen bis zu
Nord I	2	4	2	4
Nord II	2	4	2	4
Nord III	2	4	2	4
Nord IV	2	4	1	2
Nord V	2	4	1	2
Nord VI	2	4	1	2
Nord VII	2	4	1	2

19. In Anlage 9 (zu § 40 Abs. 1 der Satzung) werden die Regionalausschüsse Bergheim, Hamburg und Hannover gestrichen und um den Regionalausschuss Nord ergänzt. Des Weiteren wird der Regionalausschuss Hauptverwaltung Bochum in Regionalausschuss Hauptverwaltung umbenannt.

Regionalausschuss	Versichertenvertreter/innen		Arbeitgebervertreter/innen	
	Mitglieder	Stellvertreter/innen bis zu	Mitglieder	Stellvertreter/innen bis zu
Nord I	2	4	1	2

## Artikel 2

1. Artikel 1 Nrn. 1, 16 und 17 treten mit Wirkung zum 1. Dezember 2017 in Kraft.

2. Artikel 1 Nrn. 2 bis 15 und 18 bis 19 treten mit Wirkung zum 22. September 2017 in Kraft.

Einstimmig beschlossen in der Sitzung der Vertreterversammlung am 6. April 2017.

Robert Prill  
Vorsitzender der Vertreterversammlung

## Genehmigung

Der vorstehende, von der Vertreterversammlung am 6. April 2017 beschlossene 60. Nachtrag zur Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, wird gemäß § 195 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie § 41 Absatz 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) jeweils in Verbindung mit § 90 Absatz 1 SGB IV genehmigt.

Bonn, den 28. Juni 2017  
112-7990.0-2544/2005

Bundesversicherungsamt  
Im Auftrag

(van Doorn)

## Versichertensprecher für die Renten-Zusatzversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 12. Mai 2017 folgende Entscheidungen getroffen:

Als Nachfolgerin von Manfred Pferner (Amtsentbindung zum 30. November 2017) wurde Kerstin Hanke, geboren 1963, Vacha, mit Wirkung zum 1. Juli 2017, zur Versichertensprecherin bestellt.

Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli 2017 wurde Claudia Huppertz, geboren 1969,

Dortmund, als Nachfolgerin von Erich Ulm (Amtsentbindung zum 30. November 2017), zur Versichertensprecherin bestellt.

Holger Conrad, geboren 1964, Zahna-Elster, wurde als Nachfolger von Rainer Theunert (Amtsentbindung zum 31. Dezember 2017), mit Wirkung zum

1. August 2017, zum Versichertensprecher bestellt.

Als Nachfolger von Gerd Methling (Amtsentbindung zum 31. Dezember 2017), wurde André Nagel, geboren 1966, Rostock, mit Wirkung zum 1. August 2017, zum Versichertensprecher bestellt.

KBS ■

## Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

**Widerspruchsausschüsse**  
**Widerspruchsausschuss München I**  
Der Vorstand hat in seiner Sitzung am

12. Mai 2017 Dieter Schneider von seinem Amt als 2. Stellvertreter des Mitglieds Thomas Bölz im Widerspruchs-

ausschuss München I, mit Wirkung zum 19. April 2017, entbunden.

KBS ■

## Personalnachrichten

### 40-jähriges Dienstjubiläum

Verwaltungsangestellte	
<u>Brigitte Berkhoff-Vogt</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsamtmann	
<u>Werner Dippel</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberamtsrat	
<u>Harald Frangart</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Josefine Kannstein</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberamtsrat	
<u>Dieter Mallon</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Christel Mühleweg</u>	<u>25.7.2017</u>
Regierungsamtfrau	
<u>Anke Behrendt</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Karl-Heinz Bongard</u>	<u>1.8.2017</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Michael Butzbach</u>	<u>1.8.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Birgit Cyminski</u>	<u>1.8.2017</u>
Regierungsoberinspektorin	
<u>Margit Dase</u>	<u>1.8.2017</u>
Bürogehilfin	
<u>Christiane Flöring</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Lothar Hahnel</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Marion Hoffmann</u>	<u>1.8.2017</u>
Regierungsoberamtsrätin	
<u>Ellen Ibscher</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Werner Jung</u>	<u>1.8.2017</u>
Abteilungsleiter	
<u>Frank Karnitzki</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Berthold Keppler</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Jürgen König</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Franz-Josef Kößmeier</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Petra Lange</u>	<u>1.8.2017</u>
Regierungsamtsrätin	
<u>Petra Lingnau</u>	<u>1.8.2017</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Siegfried Loos</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Klaus Lück</u>	<u>1.8.2017</u>

Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Detlef Marks</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Uwe Pasucha</u>	<u>1.8.2017</u>
Regierungsoberamtsrat	
<u>Norbert Porath</u>	<u>1.8.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Elke Pries</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Susanne Reinhold</u>	<u>1.8.2017</u>
Regierungsoberinspektorin	
<u>Doris Rick</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Angelika Rogacki</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Jürgen Schneider</u>	<u>1.8.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Heidi Sendt</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Ulrike Wagner</u>	<u>1.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellter	
<u>Stefan Weidt</u>	<u>1.8.2017</u>
Krankenschwester	
<u>Sabine Bialezki</u>	<u>6.8.2017</u>
Sozialversicherungsfachangestellte	
<u>Monika Greberg</u>	<u>6.8.2017</u>
Regierungsamtfrau	
<u>Marlies Hofmann</u>	<u>9.8.2017</u>
Krankenbesucher	
<u>Wolfgang Krol</u>	<u>22.8.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Ute Vorpahl</u>	<u>23.8.2017</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Heinz-Hermann Springer</u>	<u>24.8.2017</u>
Medizinisch-technische Assistentin	
<u>Ulrike Müller</u>	<u>31.8.2017</u>

### 25-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtsrat	
<u>Stefan Cebulla</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsamtsrat	
<u>Christian Ehm</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Beate Gromball</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Hannelore Huber</u>	<u>1.7.2017</u>
Krankenpflegehelferin	
<u>Barbara Jarosch</u>	<u>1.7.2017</u>

Regierungsamtsrat	
<u>Roman Kersting</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberinspektor	
<u>Matthias Krebs</u>	<u>1.7.2017</u>
Hausgehilfin	
<u>Renate Kruck</u>	<u>1.7.2017</u>
Schriftsetzer	
<u>Siegfried Quednau</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellter	
<u>Christoph Richter</u>	<u>1.7.2017</u>
Krankenpflegehelferin	
<u>Renate Sandmann</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberinspektorin	
<u>Nicole Schlüter</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Susanne Schmidt</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Uta Schmieder</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberinspektor	
<u>Marc Schulte</u>	<u>1.7.2017</u>
Nachtwächter	
<u>Ulrich Sielaff</u>	<u>1.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Steffi Udich</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsamtmann	
<u>Lars-Oliver Wäsche</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberinspektor	
<u>Dirk Wiesendahl</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsoberinspektor	
<u>Jörg Wilczok</u>	<u>1.7.2017</u>
Regierungsamtsrätin	
<u>Daniela Winter</u>	<u>1.7.2017</u>
Versorgungsassistentin	
<u>Alexandra Xavier Teixeira</u>	<u>1.7.2017</u>
Angestellte im Telefon- und Pfortendienst	
<u>Helena Reuß</u>	<u>6.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Indra Müller</u>	<u>9.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Tanja Bösken</u>	<u>10.7.2017</u>
Küchenhilfe	
<u>Rosaria Morello</u>	<u>11.7.2017</u>
Angestellte im Schreibdienst	
<u>Daniela Busemann</u>	<u>13.7.2017</u>
Verwaltungsangestellte	
<u>Cornelia Dahme</u>	<u>13.7.2017</u>

Regierungsamtfrau		Regierungsamtsrat		Verwaltungsangestellte	
Nicole Stucht	16.7.2017	Björn Lennart Frähmke	1.8.2017	Semra Michalski	1.8.2017
Regierungsamtsrätin		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Nicole Leo	19.7.2017	Stephanie Francis	1.8.2017	Guido Möller	1.8.2017
Regierungsoberinspektorin		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Diana Ulbrich	20.7.2017	Eva Frecker	1.8.2017	Silke Neiling	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Kerstin Weidler	20.7.2017	Sandra Geiger	1.8.2017	Jasmin Niederstein	1.8.2017
Regierungsoberinspektorin		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Susanne Ehm	23.7.2017	Jolanda Gonzalez Pozos	1.8.2017	Silke Noji	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Viktoria Wittenberg	23.7.2017	Maja Goschnick	1.8.2017	Edit Olbrich	1.8.2017
Regierungsoberinspektor		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Thorsten Kowalski	27.7.2017	Liliane Helbig	1.8.2017	Sabine Otto	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Sabine Musielak	28.7.2017	Anke Heldt	1.8.2017	Simone Pachura	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Manuela Hoppe	31.7.2017	Hilke Höer	1.8.2017	Maik Paßmann	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Gaby Adolfs	1.8.2017	Melanie Hoffmann-Gralke	1.8.2017	Claudia Pesch	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter		Raumpflegerin		Sozialversicherungsfachangestellte	
Christian Andrzejak	1.8.2017	Johanna van Hoorn	1.8.2017	Andrea Pongratz	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Christian Balog	1.8.2017	Sandra Hornberger	1.8.2017	Tanja Poschmann	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Sylvia Bauer	1.8.2017	Katja Jacobi	1.8.2017	Guido Pozza	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Markus Becker	1.8.2017	Sibel Kamis	1.8.2017	Torsten Puyn	1.8.2017
Verwaltungsangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Jana Bittenat	1.8.2017	Stefanie Kammann-Dulias	1.8.2017	Simone Radermacher	1.8.2017
Verwaltungsangestellter		Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellte	
Thomas Born	1.8.2017	Sami Khelifi	1.8.2017	Silke Randau	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Svenja Bornemann	1.8.2017	Sandra Kochta	1.8.2017	Sandra Rausch	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Katja Bülling	1.8.2017	Doris Küter	1.8.2017	Elisabeth Reinhardt	1.8.2017
Verwaltungsangestellter		Sozialversicherungsfachangestellter		Verwaltungsangestellte	
Kai Butzlaff	1.8.2017	Matthias Liebke	1.8.2017	Christiana Richter	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Sonja Damm	1.8.2017	Gabriele Loer	1.8.2017	Patrick Ruppert	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellter	
Dennis Daumann	1.8.2017	Andreas Lombardi	1.8.2017	Tuncay Sabanci	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Anja Diekerhof	1.8.2017	Maren Loos	1.8.2017	Silke Sauer	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Angela Drosd	1.8.2017	Melanie Marten	1.8.2017	Thorsten Schäfer	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter		Sozialversicherungsfachangestellte		Verwaltungsangestellte	
Marcus Ehm	1.8.2017	Nicole Meise	1.8.2017	Stefanie Schreiber	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter		Angestellter	
Katja Ehrhardt	1.8.2017	Marcel Meißner	1.8.2017	Timo Schwember	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte	
Nicole Fehrenberg	1.8.2017	Carina Menke	1.8.2017	Seitner Silke	1.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellte		Sozialversicherungsfachangestellter	
Sabine Felsner	1.8.2017	Alexandra Meyer	1.8.2017	Heiko Seliger	1.8.2017

Sozialversicherungsfachangestellte Nicole Silberkuhl	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Diana Wienholt	1.8.2017	Regierungsamtfrau Stefanie Eichel	10.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Heike Staubermann	1.8.2017	Verwaltungsangestellter Bodo Winkelmann	1.8.2017	Regierungsamtfrau Sabine Meßing	10.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Sylvia Steinmeyer	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellter Ralf Wodraschka	1.8.2017	Verwaltungsangestellte Angelika Duensing	12.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Judith Stermann	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Judith Zarth	1.8.2017	Verwaltungsangestellte Birgit Wihler	13.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Heike Thur	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Yvonne Zawinell	1.8.2017	Verwaltungsangestellte Iwona Goleczka	15.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Daniela Trosien	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Sonja Zech	1.8.2017	Regierungsoberinspektorin Christiane Roeske	16.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Sabine Turowski	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Tanja Zilch	1.8.2017	Raumpflegerin Marlene-Maria Drees	17.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Martina Umlauf	1.8.2017	Verwaltungsangestellte Nicole Grünberg	2.8.2017	Regierungsoberinspektorin Anja Leininger	17.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Tanja Vogel	1.8.2017	Regierungsoberinspektorin Annette Lambert	2.8.2017	Expedientin Gisela Lindner	17.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Michaela Wackerow	1.8.2017	Regierungsoberinspektorin Claudia Knöfel	3.8.2017	Regierungsamtsrätin Tanja Schmitt	17.8.2017
Verwaltungsangestellte Manuela Weener	1.8.2017	Registaturangestellter Heinz-Dieter Scholz	3.8.2017	Regierungsoberinspektorin Anja Weigel	17.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Nicole Wehmeyer	1.8.2017	Regierungsoberinspektor Alexander Solibieda	3.8.2017	Medizinisch-technische Assistentin Renate Mainka	18.8.2017
Regierungsoberinspektorin Anja Weinand	1.8.2017	Regierungsinspektorin Petra Wlotzka	3.8.2017	Verwaltungsangestellter Kay Altmann	20.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Michael Weiß	1.8.2017	Regierungsoberinspektorin Antje Schmiemann	5.8.2017	Telefonistin Katrin Bergmann	21.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Simone Weiten	1.8.2017	Verwaltungsangestellter Eric Fracasso	8.8.2017	Verwaltungsangestellte Liana Müller	30.8.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Andre Werzl	1.8.2017	Sozialversicherungsfachangestellte Barbara Fischer	9.8.2017		
Sozialversicherungsfachangestellte Tanja Wiederstein	1.8.2017	Regierungsamtfrau Theresa Merlau	9.8.2017		

Rög ■

#### IMPRESSUM

**Kompass**  
Mitteilungsblatt der  
Deutschen Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See

**Herausgegeben von:**  
Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See

**Verantwortlich:**  
Bettina am Orde,  
Erste Direktorin der  
Deutschen Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See,  
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum  
Telefon 0234 304-80020/80030

**Chefredaktion**  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,  
Marketing  
Dr. Wolfgang Buschfort (verantwortlich)  
Elona Röger  
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum  
Telefon 0234 304-82220  
Telefax 0234 304-82060  
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

**Gestaltung:**  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,  
Bereich Marketing, Werbung, Corporate  
Design

**Druck:**  
Graphische Betriebe der  
Knappschaft-Bahn-See

**Erscheinungsweise:**  
6 Ausgaben jährlich

Mit Namen oder Namenszeichen versehene  
Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung  
der Redaktion wieder. Für unverlangte Einsen-  
dungen keine Gewähr.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten  
Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.  
Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe  
oder Speicherung in elektronischen Medien  
von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach  
vorheriger Genehmigung und mit Quellenan-  
gaben gestattet. – Jede im Bereich eines  
gewerblichen Unternehmens zulässig  
hergestellte oder benutzte Kopie dient  
gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG  
und verpflichtet zur Gebührenzahlung an  
die VG Wort, Abteilung Wissenschaft,  
Goethestr. 49, D-80336 München.

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E

