



Bariatrische Chirurgie im Lichte des neuen Patientenrechtegesetzes

Erste Erfahrungen aus der Praxis

I. Vorbemerkung

Seit dem 26. Februar 2013 ist das sogenannte Patientenrechtegesetz in Kraft. Der Begriff täuscht dabei ein wenig, denn dieses Regelwerk ist kein neues Gesetz, sondern es ändert und ergänzt diverse bestehende Gesetze (sog. Artikelgesetz). Es wurden insbesondere Änderungen im SGB V vorgenommen, um das Verfahren der Leistungsgewährung von Krankenkassen an Patienten zu beschleunigen.

Neu ist vor allem der Eintritt einer sogenannten „Genehmigungsfiktion“ für den Fall, dass die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Leistungsantrag entscheidet.

II. Der neue § 13 Absatz 3a SGB V in der Theorie: Die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V

Die wichtigsten Absätze der Norm lauten:

Satz 1: „Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.“

Satz 2: „Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten.“

Satz 3: „Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.“

Satz 5: „Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.“

Satz 6: „Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Satz 7: „Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“

III. Der neue § 13 Absatz 3a SGB V in der Praxis

Die gesetzlichen Krankenkassen sind mit der Neuregelung heillos überfordert und haben es bis heute (1) nicht geschafft, die erforderlichen Änderungen und Beschleunigungen in den Verwaltungsabläufen zu implementieren. Die „rechtzeitige Mitteilung“ i.S.d. § 13 Absatz 3a Satz 5 SGB V erfolgt regelmäßig nicht oder nicht gesetzeskonform.

Die Folge ist eine Flut von Genehmigungsfiktionen, wie sie selbst der Unterzeichner nicht erwartet hätte.

01. Änderungen im Bereich der Sachleistungsansprüche

Die Norm gilt nicht nur im Bereich der Erstattungsansprüche, sondern auch bei Sachleistungsansprüchen (2). Eine Verauslagung der Behandlungskosten ist also nicht Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion.

02. Änderungen im Bereich der Erstattungsansprüche

Nach drei Wochen (Antragsverfahren ohne MDK) bzw. fünf Wochen (Antragsverfahren mit MDK) steht der Weg offen für die sog. „Selbstbeschaffung der Leistung“. Die Krankenkasse hat die Behandlungskosten zu erstatten.

Die Höhe des geltend gemachten Anspruches entspricht dabei den tatsächlich verauslagten Kosten. Eine wie auch immer geartete

Kappung, etwa auf den sog. „Kassensatz“ (z. B. gemäß § 7 KH EntG i.V.m. DRG K04A) hat der Gesetzgeber durch die Formulierung „in der entstandenen Höhe zu erstatten“ explizit ausgeschlossen (3).

03. Die prozessuale Geltendmachung

Die Norm hat Geltung im Antrags- und im Widerspruchsverfahren gleichermaßen (4). § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ist insofern lex specialis zu § 88 Absatz 2 SGG.

Läuft eine Frist ab, ohne dass die Krankenkasse eine „rechtzeitige Mitteilung“ i.S.d. § 13 Absatz 3a Satz 5 SGB V gemacht hat, gilt der Antrag als genehmigt.

Bestreitet die Krankenkasse den Eintritt der Genehmigungsfiktion, so kann (und sollte!) umgehend Klage erhoben werden, dies gerichtet auf Feststellung, dass die Genehmigungsfiktion eingetreten ist.

Der Abschluss einer Rechtsschutzversicherung ist dringend zu empfehlen. Wirtschaftliche schwache Kläger können Prozesskostenhilfe (PKH) beantragen.

IV. Fazit

Die Neuregelung, insbesondere die Einführung der Genehmigungsfiktion, ist von ganz erheblicher Sprengkraft.

Dabei macht das Gesetz seinem Namen alle Ehre: Der in der Vergangenheit immer wieder beobachteten Verzögerungstaktik der Krankenkassen wurde endlich ein Riegel vorgeschoben.

Dipl.-Jur. Tim C. Werner,
Rechtsanwalt & Fachanwalt für Sozialrecht

Anmerkungen

1. Stand: 25. April 2014
2. Sozialgericht Dessau-Roßlau, Urteil vom 18. Dezember 2013, Az. S 21 KR 282/13
3. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V, § 13, Rn. 25 m.w.N.; Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1, § 13 SGB V, Rn. 72 m.w.N. sowie Noftz, in: Hauck/Noftz SGB V, Kommentar, § 13 Rn. 57)
4. Vogl in NZS 2014, S. 210f.

Der Beitrag spiegelt allein die Meinung des Autors wider.