



Die Beschleunigung des Verfahrens bei den Krankenkassen

Der neue § 13 Abs. 3 a SGB V

Von Rechtsanwalt Jörg Hackstein, Hartmann Rechtsanwälte, Lünen / Dortmund

Das seit langem in Diskussion stehende Patientenrechtegesetz wurde nunmehr mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 20.02.2013 endlich in Kraft gesetzt. Kurz vor der endgültigen Verabschiedung durch den Bundestag und den Bundesrat wurden im Bereich des § 13 Abs. 3a SGB V noch wesentliche Änderungen aufgenommen.

Im Patientenrechtegesetz werden eine Vielzahl von Regelungen getroffen. Hier geht es nur um die besondere Regelung des neuen § 13 Abs. 3 a SGB V, der für die Beantragung von Hilfsmitteln erhebliche Bedeutung hat. Mit der Regelung will der Gesetzgeber erreichen, dass über Anträge auf Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zügig und zeitnah entschieden wird. Offensichtlich waren der Gesetzgebungsebene eine Vielzahl von Beschwerden zu Ohren gekommen, dass Anträge nicht ausreichend zeitnah bearbeitet und entschieden werden.

Kurz vor Verabschiedung des Gesetzes wurde noch eine so genannte Genehmigungsfunktion (siehe unten) aufgenommen, so dass die maßgebliche Regelung des § 13 Abs. 3 a SGB V nunmehr folgenden Inhalt hat:

Krankenkassen haben über einen Antrag auf Leistungen zügig zu entscheiden, d. h. innerhalb einer Frist von 3 Wochen ab Antragstellung. Soweit ein Gutachten für die Entscheidung erforderlich ist, insbesondere unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes, beträgt die Frist zur Entscheidung insgesamt 5 Wochen. Ein solches Gutachten muss unverzüglich eingeholt werden und der Versicherte ist hierüber zu informieren.

Kann die Krankenkasse nicht innerhalb der vorstehenden Fristen eine Entscheidung treffen, muss sie dem Versicherten die entsprechenden Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen.

Soweit die Mitteilung eines hinreichenden Grundes nicht erfolgt, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Soweit sich der Versicherte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, hat er Anspruch auf Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten.

Was bedeutet dies im Einzelnen?

Die vorstehende Regelung gilt für alle Anträge auf Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und somit auch für die Beantragung von Hilfsmitteln. Die Regelung wirkt sich jedoch nicht in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder bei privaten Kranken- oder Pflegekassen aus. Hier gelten andere Grundsätze. In der gesetzlichen Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber jedoch auch mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz Regelungen zur Beschleunigung des Verfahrens zumindest bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit getroffen. Hierauf soll im Rahmen dieses Artikels nicht eingegangen werden.

Die neue Regelung gibt dem Versicherten als Leistungsberechtigten den Anspruch auf Entscheidung innerhalb der genannten Fristen. Besondere Rechte der Leistungserbringer entstehen hierdurch nicht. Der Versicherte muss also seine Rechte wahrnehmen, um sie durchzusetzen.

Antrag

Bei einer Hilfsmittelversorgung ist der Antrag üblicherweise der Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung, der vom Leistungserbringer im Auftrag des Versicherten an die Krankenkasse geschickt wird. Grundsätzlich wäre es aber auch genau so möglich, dass der Versicherte selbst einen Kostenvoranschlag bei seiner Krankenkasse einreicht.

Maßgeblich für die Berechnung der 3- bzw. 5-Wochen-Frist ist das Datum des Zugangs des Antrags bei der Krankenkasse. In der Regel ist davon auszugehen, dass bei der Übermittlung durch die Post, dieser am 3. Tage nach der Versendung als zugegangen gelten kann. Sollte sich die Krankenkasse darauf berufen wollen, dass der Antrag erst später zugegangen sein sollte, muss sie dies ggf. beweisen.

Die Fristberechnung erfolgt taggenau, d. h. bei Eingang am 04.03.2013 bei der Krankenkasse läuft die 3-Wochen-Frist am 25.03.2013 ab. Spätestens am 25.03.2013 müsste dann eine Entscheidung über den Antrag vorliegen.

Die vorgenannte Frist gilt ebenso, wenn es sich z. B. um Hilfsmittel handelt, die sowohl Zwecken der Kranken- als auch der Pflegeversicherung dienen, wie es z. B. bei Badeliftern sein kann. Hierfür hat der Gesetzgeber nämlich in § 40 Abs. 5 SGB XI eine ausdrückliche Regelung geschaffen. Wenn ein Antrag auf ein solches Hilfsmittel, wie dem beispielhaft genannten Badelifter bei der Krankenkasse eingeht, hat die Krankenkasse insgesamt über den Antrag zu entscheiden. Da es sich um einen Antrag bei der Krankenkasse handelt, gelten also auch die vorstehenden Fristen. Ob zwischen Kranken- und Pflegekasse dann ein Ausgleich zu erfolgen hat, betrifft lediglich deren Innenverhältnis, wirkt sich jedoch nicht auf die Entscheidungsfrist aus.

Schriftliche Information über einen hinreichenden Grundes

Sollten Fristen nicht eingehalten werden können, muss der Versicherte rechtzeitig schriftlich innerhalb der Frist informiert werden. Rechtzeitig in diesem Zusammenhang bedeutet, dass die Krankenkasse den Versicherten dann informieren muss, sobald sie bemerkt, dass eine Entscheidung innerhalb der Fristen nicht erfolgen kann.

Da der Gesetzgeber ausdrücklich schriftlich fordert, reicht eine Information per Mail nicht aus. In der schriftlichen Information muss dann der hinreichende Grund für die Fristüberschreitung dargelegt werden. Der Begriff des hinreichenden Grundes ist im Gesetz selbst nicht definiert. Es findet sich jedoch im Rahmen der Vorschriften zur Untätigkeitsklage ein vergleichbarer Begriff. Legt man die diesbezügliche Kommentierung und Rechtsprechung zugrunde, liegt ein hinreichender Grund immer dann vor, wenn die Krankenkasse sachgerechte Ermittlungen vornehmen muss. Diese sachgerechten Ermittlungen müssen in der gebotenen Zügigkeit stattfinden. Sachgerecht sind Ermittlungen immer dann, wenn sie der Klärung tatsächlicher Fragen zur Entscheidung über den Anspruch dienen. Zu den sachgerechten Ermittlungen gehört damit nicht die Klärung von Rechtsfragen. Für die Beantwortung von reinen Rechtsfragen bedarf es keiner Ermittlungen, wie z. B. Rückfragen beim behandelnden Arzt. Soweit sich die Krankenkasse also auf einen hinreichenden Grund stützt, hat sie die sachgerechten Ermittlungen darzulegen.

Keine hinreichenden Gründe sind Situationen, die ihre Ursache in der Organisation der Krankenkasse haben, wie z. B. Personalmangel während Urlaubszeiten. Eine Behörde muss entspre-

chend organisiert sein, dass auch solche typischerweise immer wieder auftretenden Situationen unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen überbrückt werden.

Die Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen eines hinreichenden Grundes trifft die Krankenkasse. Sie muss im Streitfall alle diesbezüglichen Umstände darlegen und ggf. beweisen können.

Rechtsfolgen

Wenn die Krankenkasse gegen die vorstehenden Regelungen verstößt, da sie nicht innerhalb der Fristen einen hinreichenden Grund schriftlich gegenüber dem Versicherten dargelegt hat, treten zwei Rechtsfolgen ein:

- Die Leistung gilt als genehmigt und zwar wie beantragt
- und der Versicherte kann sich nach Ablauf der Frist die beantragte Leistung selbst beschaffen und die entstandenen Kosten von seiner Kasse erstattet bekommen.

Bei der sogenannte Genehmigungsfiktion und der Kostenerstattung handelt es sich um zwei unterschiedliche Rechtsfolgen, die nachstehend daher getrennt dargestellt werden:

1. Genehmigungsfiktion

Die Genehmigungsfiktion ist keine Besonderheit der Neuregelung. Vielmehr finden sich im SGB V und in anderen gesetzlichen Vorschriften Genehmigungsfiktionen. Beispielhaft sei nur auf die Beantragung von Heilmitteln wie Physiotherapie u.a. verwiesen. In diesem Bereich ist über Dauerverordnungen innerhalb von 4 Wochen zu entscheiden, ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

Eine Genehmigungsfiktion führt immer dazu, dass das Gesetz unterstellt, es wäre von der Behörde Krankenkasse ein bestimmter Verwaltungsakt erlassen worden. Es wird damit also die wirksame Bekanntgabe einer Genehmigung unterstellt. Damit finden auf diese fingierte Genehmigung alle Vorschriften Anwendung, die bei ordnungsgemäßer Durchführung des Verwaltungsverfahrens Maßstab sind. Wenn die Krankenkasse dann der Auffassung ist, dass die im Wege der Fiktion zustande gekommene Genehmigung nicht rechtmäßig wäre, müsste sie eine entsprechende Aufhebungsentscheidung in dem dafür nach dem verwaltungsverfahrenrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Verfahren treffen. An die Rücknahme einer solchen begünstigenden Entscheidung sind jedoch sehr enge Vorraussetzungen geknüpft, die in der Regel kaum vorliegen dürften. Die Position des Versicherten wird also mit der Genehmigungsfiktion deutlich gestärkt.

Ihm steht somit der Sachleistungsanspruch zu, so dass die Krankenkasse ihn mit dem beantragten Hilfsmittel versorgen muss. Nach der gesetzlichen Systematik erfolgt die Versorgung durch den Leistungserbringer gem. den vertraglichen Rahmenbedingungen. Problematisch wird jedoch in der praktischen Umsetzung sein, dass für die Abrechnung der Leistungserbringer regelmäßig die Genehmigung der Krankenkasse beifügen muss. Die Genehmigung liegt jedoch nur fiktiv vor, so dass hieran rein praktisch die Abrechnung scheitern dürfte. Diese würde jedoch dazu führen, dass auf diesem „kalten“ Verwaltungswege der Anspruch des Versicherten ausgehebelt wird. Damit der Anspruch des Patienten also auch wirksam umgesetzt werden kann, haben die Krankenkassen entsprechende Vorkehrungen zu treffen, dass auch Hilfsmittelversorgungen nach einer Genehmigungsfiktion abgerechnet werden können.

2. Kostenerstattungsanspruch

Neben der Genehmigungsfiktion und dem damit verbundenen Sachleistungsanspruch hat der Gesetzgeber dem Versicherten eine weitere Möglichkeit zur Durchsetzung seines Anspruchs eingeräumt. Der Versicherte kann sich nämlich die erforderliche Leistung selbst beschaffen, um diese dann mit der Krankenkasse abzurechnen. Dies setzt voraus, dass zwischen Leistungserbringer und dem Versicherten eine private Vereinbarung über die Beschaffung des konkreten Hilfsmittels getroffen wird. Die Rechnung hierüber reicht der Versicherte bei seiner Krankenkasse ein.

Da der Gesetzgeber ausdrücklich von der Erstattung der entstandenen Kosten spricht, kann die Krankenkasse bei dieser Privatrechnung nicht auf Vertragspreise oder Festbeträge verweisen. Diese gelten lediglich im Verhältnis zum Leistungserbringer, jedoch für die Privatrechnungen im Rahmen der Kostenerstattung. Dies ist durch die Gerichte im Rahmen anderer Kostenerstattungsansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits geklärt.

Beispiel: Zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer besteht ein Vertrag über den Wiedereinsatz eines im Krankenkasseneigentum stehenden Hilfsmittels. Der Vertrag mit seinen Preisen tangiert nicht den Kostenerstattungsanspruch des Versicherten. Vielmehr darf der Leistungserbringer das Krankenkasseneigentum nicht an den Versicherten im Wege einer privaten Vereinbarung verkaufen. Der Leistungserbringer kann nur ein in seinem Eigentum stehendes Hilfsmittel an den Versicherten verkaufen. Und dieser Kaufpreis ist von der Kasse zu erstatten.

Geltung für laufende Verfahren

Klar ist, dass die Beschleunigungsregelungen für alle Anträge gilt, die ab dem 26.02.2013, dem Tag des In-Kraft-Tretens gestellt wurden. Was ist aber mit laufenden Anträgen, die vor diesem Datum gestellt wurden?

Das Patientenrechtegesetz enthält dazu keine Übergangsfrist oder andere Regelung, so dass die allgemeine Grundsätze Anwendung finden.

Bei der Anwendung auf laufende Verfahren handelt es sich um einen Fall der unechten Rückwirkung, die grundsätzlich unproblematisch ist, wie es das Bundesverfassungsgericht in der Vergangenheit schon für andere Normen festgestellt hat. Immer dann, wenn sich keine Übergangsvorschriften im neuen Gesetz finden, ist die Anwendung auf laufende Verfahren zulässig und der Regelfall. (Bundesministerium der Justiz, Handbuch der Rechtsförmlichkeit, 3. Aufl., Rn. 413) Im Gegenteil ist es ohne Übergangsvorschriften meist nicht möglich, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte nach altem Recht zu beurteilen (BMJ, Handbuch der Rechtsförmlichkeit, 3. Aufl., Rn. 684). Eine Einschränkung würde nur bei einem Eingriff in schützenswürdige Positionen vorliegen. Da die Position der Versicherten ausschließlich eine Besserung erfährt – steht einer unechten Rückwirkung keine Bedenken entgegen.

Fazit

Der Gesetzgeber hat mit dem neuen § 13 Abs. 3 a SGB V die Rechte der Versicherten bei der Beantragung von Leistungen erheblich gestärkt. Wichtig ist nunmehr, dass die Versicherten über ihre Rechte informiert werden, damit sie diese gegenüber den Krankenkassen durchsetzen können. Ansonsten droht die Gefahr, dass solche zwingenden Fristen in Vergessenheit geraten.