



Nr. 71 / 2. Mai 2016

Das Warten hat ein Ende - Krankenkassen müssen schneller reagieren

Die Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten, Samiah El Samadoni, begrüßt den Beschluss des Landessozialgerichtes Schleswig-Holstein (LSG) zum Umfang der sogenannten Genehmigungsfiktion. Danach gelten, wenn eine Krankenkasse nicht rechtzeitig über Anträge von Versicherten entscheidet, auch solche Leistungen als genehmigt, die eigentlich nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen bezahlt werden müssten.

Die Bürgerbeauftragte begrüßte die Klarstellung des LSG: „Nach meinen Erfahrungen müssen gesetzlich Krankenversicherte häufig unverhältnismäßig lange warten, bis die Kasse über Ihre Anträge entscheidet. Die Betroffenen dürfen nicht weiterhin dem Risiko ausgesetzt werden, auf ihren Kosten sitzen zu bleiben, wenn sie sich nach Ablauf der gesetzlichen Fristen eine Leistung selbst beschaffen“.

Angesichts der teilweise unzumutbaren Wartezeiten hatte der Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 eine wichtige Neuregelung eingeführt: Leistungsanträge gelten als genehmigt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb einer kurzen Frist darüber entscheidet.

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V müssen Krankenkassen demnach über Leistungsanträge innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. In Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wird, beträgt die Frist fünf Wochen. Kann eine Krankenkasse die Fristen nicht einhalten, muss sie den Versicherten die Gründe dafür rechtzeitig und schriftlich mitteilen. Wenn sie dies nicht tut, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Beschaffen sich Leistungsberechtigte dann eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten zu erstatten.

Die Reichweite dieser Vorschrift war und ist umstritten. In seinem Beschluss vom 20.01.2016 (Az.: L 5 KR 238/15 B ER) hat sich das LSG nun mit der Bedeutung der Regelung beschäftigt und die Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten bestätigt.

So war bislang umstritten, ob die Genehmigungsfiktion nur dann trägt, wenn ohnehin ein Anspruch auf die beantragte Leistung besteht. Dies ist nach Ansicht des LSG nicht der Fall. Aufgrund der Regelung müsse die Krankenkasse zügig klären, ob sie die geforderte Leistung übernehmen müssen oder nicht. Reagiere sie nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen, könne die Kasse keine rechtlichen Einwände geltend machen.

Das LSG hat sich weiterhin mit der Frage beschäftigt, ob eine Genehmigungsfiktion auch Leistungen betrifft, die in der Regel nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können. Dazu gehören zum Beispiel neue beziehungsweise alternative Behandlungsmethoden. „Soll eine Behandlung oder Therapie erfolgen, die nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen bewilligt werden kann, haben Versicherte häufig mit einer langen Antragsbearbeitung und der unklaren Rechtslage zu kämpfen. Gerade auch in dieser Situation muss das Patientenrechtegesetz zur Planungssicherheit für die Betroffenen beitragen“, sagte El Samadoni. Das LSG vertritt auch hier die Rechtsauffassung der Bürgerbeauftragten. Ob allerdings offensichtlich unbegründete Anträge - etwa auf Finanzierung einer Urlaubsreise - nach Fristablauf als genehmigt gelten, lässt das Gericht offen.

Trotz der plausiblen und ausführlich begründeten Entscheidung des LSG befürchtet El Samadoni jedoch, dass das letzte Wort noch nicht gesprochen ist. „Vermutlich werden die Krankenkassen abwarten, wie die strittigen Fragen vom Bundessozialgericht (BSG) beurteilt werden“, so die Bürgerbeauftragte. In einem derzeit anhängigen Verfahren vor dem BSG (Az.: B 1 KR 25/15 R) sei im Laufe dieses Jahres mit einer Entscheidung zu rechnen.