



# Bariatrische Chirurgie im Lichte des neuen Patientenrechtegesetzes

## 01. Änderungen im Bereich der Sachleistungsansprüche

### 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).

Im Zentrum stehen Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung). Während die erstgenannten Änderungen die erstmalige Normierung eines Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient, die Erhöhung der Transparenz und Beweiserleichterungen bei Kunstfehlern zum Gegenstand haben, wurden die Änderungen im SGB V vorgenommen, um das Verfahren der Leistungsgewährung von Krankenkassen an Patienten zu beschleunigen.

Wie sich der Gesetzgeber das gedacht hat und ob es Adipösen, die eine bariatrische Operation begehren, Vorteile bringt, davon handelt dieser kurze Beitrag.

### II. Der neue § 13 Absatz 3a SGB V in der Theorie

Im Zentrum dieses Themenkomplexes steht der neue § 13 Absatz 3a SGB V. Er lautet:

**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 4:** „Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen 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.“

**Satz 8:** „Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenertattungen vorgenommen wurden.“

**Satz 9:** „Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

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

Die praktische Handhabung des neuen Rechts durch die Krankenkassen wird sich erst mit der Zeit einspielen, wahrscheinlich werden Unklarheiten und/oder sogenannte unbestimmte Rechtsbegriffe (z.B. „unverzüglich“ oder „hinreichender Grund“) erst von den Sozialgerichten mit Leben gefüllt werden (müssen).

Für all jene, die die begehrte OP als Sachleistung beantragt haben (hinsichtlich der OP-Kosten also nicht in Vorleistung gegangen sind und den Eingriff noch vor sich haben), ist die erste Frist für die den Antrag bearbeitende Krankenkasse eine Drei-Wochen-Frist: Innerhalb dieser Frist muss sie entweder über den Antrag entscheiden oder dem Versicherten mitteilen, dass man den MDK zu Rate ziehen möchte. Geschieht beides nicht, gilt der Antrag als genehmigt. Das ist neu und gibt Hoffnung. Ich persönlich glaube allerdings, dass diese Fälle der sogenannten „fingierten Genehmigung“ eher die Ausnahme bleiben.

Wird der MDK beteiligt, wird die o.g. Drei-Wochen-Frist zu einer Fünf-Wochen-Frist. Auf den MDK entfallen innerhalb dieser Fünf-Wochen-Frist dabei höchstens drei Wochen. Läuft die Fünf-Wochen-Frist ohne eine Entscheidung der Krankenkasse ab, gilt auch in dieser Fallkonstellation der Antrag als genehmigt.

Das hört sich alles sehr positiv an, doch leider sind kaum Sanktionen vorgesehen: Die Krankenkasse kann und darf dem Versicherten „hinreichende Gründe“ benennen, wenn sie merkt, dass sie weder die Drei-Wochen-Frist noch die Fünf-Wochen-Frist einhalten können. Dann ist nichts gewonnen. Allerdings hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausdrücklich klargestellt, dass Organisationsmängel und Arbeitsüberlastung der Krankenkassenmitarbeiter keine solchen tragfähigen Gründe sind. Auch Verzögerungen im Hause des MDK entbinden die Krankenkassen nicht von der Einhaltung der Fristen!

Natürlich ist in der Zukunft auch die Konstellation denkbar, dass die Kassen sämtlich und brav innerhalb der Fristen entscheiden, dies aber negativ. Dann muss der Versicherte – wie heute auch – auf den Erfolg von Widerspruch und Klage vertrauen.

Hinzu kommt: Im Rahmen der Neuregelungen des Patientenrechtegesetzes hat der Gesetzgeber den § 88 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht geändert: Nach wie vor kann eine Untätigkeitsklage wegen eines nicht beschiedenen Antrages erst nach



sechs Monaten (§ 88 Abs. 1 SGG), wegen eines nicht beschiedenen Widerspruches erst nach drei Monaten (§ 88 Abs. 2 SGG) erhoben werden. Eine Gesetzesänderung auf dieser Ebene hätte eine echte Erleichterung für die Betroffenen bedeutet.

## 02. Änderungen im Bereich der Erstattungsansprüche

Nicht minder interessant ist die Rechtsänderung für diejenigen Patienten, die eine bariatrische Operation selbst bezahlen, die Kosten also vorstrecken, und ihre Krankenkasse sodann auf Erstattung der verauslagten Beträge in Anspruch nehmen.

Bislang musste hier eine Ablehnung abgewartet werden. Hatte sich die Kasse geweigert zu entscheiden und den Versicherten (nach sechs Monaten) dazu veranlasst, Untätigkeitsklage zu erheben, war dem Betroffenen auf nicht absehbare Zeit die Möglichkeit genommen, die OP selbst zu bezahlen.

Das dürfte sich jetzt ändern: Ich persönliche vertrete die Auffassung, dass nach drei Wochen (Antragsverfahren ohne MDK) bzw. fünf Wochen warten (Antragsverfahren mit MDK) der Weg offen steht für die sogenannte „Selbstbeschaffung der Leistung“, dies allerspätestens nach einer der Krankenkasse gesetzten kurzen Nachfrist. Der Gesetzestext spricht nämlich in § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nur vom Ablauf der Fristen, die in Satz 5 der Norm erwähnte Verzögerungsmitteilung der Krankenkasse taucht hier nicht mehr auf.

Vieles spricht dafür, dass meine Einschätzung die Richtige ist, aber man wird tatsächlich abwarten müssen, was die Sozialgerichte der Republik hierzu entscheiden.

## IV. Fazit

Im Bereich der Sachleistungsansprüche wird die Rechtsänderung meines Erachtens ein stumpfes Schwert bleiben. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass immer

wieder einzelne Patienten wegen einer Fristversäumung der Krankenkasse rasch zu einer (fingierten) Genehmigung kommen.

Im Bereich der Erstattungsansprüche schafft das Gesetz große Erleichterungen für Betroffene, die hinsichtlich der OP-Kosten in Vorleistung treten möchten (oder wegen eines eskalierenden Krankheitsbildes sogar müssen).

Wegen der durch die vielen abgestuften Fristen- und Voraussetzungsebenen insgesamt viel komplexer gewordenen Rechtslage empfiehlt es sich in Zukunft, schon bei der Antragstellung fachkompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen.

**Dipl.-Jur. Tim C. Werner**  
Rechtsanwalt & Fachanwalt für Sozialrecht  
www.adipositas-anwalt.de

## Krankenkasse muss Magenoperation zur Gewichtsreduktion bezahlen!

**Paukenschlag aus Mainz: Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat unter dem Datum des 21. Februar 2013 unter dem Az. L 5 KR 194/12 folgendes entschieden: Versicherte, die an krankhaftem Übergewicht (Adipositas) leiden, können von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung die Kostenübernahme für eine Magenoperation (hier: Magenbypass) zur Gewichtsreduktion beanspruchen. Das Urteil ist rechtskräftig, die Revision wurde nicht zugelassen.**

Geklagt hatte eine im Jahre 1968 geborene Frau mit einem Body Mass Index (BMI) von 46 Punkten und diversen adipositas-assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen (u.a. arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Gonarthrose bds., reaktive Depression und Fettleber).

Nachdem die Klägerin bereits vor dem Sozialgericht Mainz obsiegt hatte (Urteil vom 26. Juni 2012, Az. S 16 KR 250/12) wurde die Berufung der beklagten Krankenkasse nun vom höchsten Sozialgericht des Landes Rheinland-Pfalz zurückgewiesen: „Es steht zur Überzeugung des Senates fest“, so das LSG, „dass eine konservative Therapie bei der Klägerin unter Berücksichtigung ihrer Krankheit und der psychosozialen Gegebenheiten ohne Aussicht auf Erfolg ist.“

Diese Entscheidung fügt sich ein in die jüngste patientenfreundliche Rechtsprechung der Sozialgerichte erster und zweiter Instanz, so z.B. LSG Hessen, Urteil vom 24. Mai 2012, Az. L 8 KR 290/10; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 13. Oktober 2011, Az. L 5 KR 12/11; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil

vom 18. August 2010, Az. L 4 KR 169/08; SG Mannheim, Urteil vom 17. Januar 2013, Az. S 9 KR 491/12; SG für das Saarland, Gerichtsbescheid vom 29. November 2012, Az. S 15 KR 641/12; SG Darmstadt, Urteil vom 14. November 2012, Az. S 10 KR 309/10; SG Fulda, Urteil vom 8. November 2012, Az. S 11 KR 65/09; SG Düsseldorf, Urteil vom 3. Mai 2012, Az. S 9 (34) KR 83/08; SG Schleswig, Urteil vom 27. März 2012, Az. S 5 KR 19/11, SG Schleswig, Urteil vom 14. September 2011, Az. S 10 KR 153/09; SG Würzburg, Urteil vom 3. Mai 2011, Az. S 6 KR 92/10; SG Lüneburg, Urteil vom 24. Februar 2011, Az. S 16 KR 202/09; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 30. November 2010, Az. S 25 KR 737/07; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 12. Oktober 2010, Az. S 25 KR 348/07; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 26. April 2010, Az. S 18 KR 634/06; SG Münster, Urteil vom 28. Januar 2010, Az. S 11 KR 283/06, SG Schwerin, Urteil vom 27. Januar 2010, Az. S 8 KR 57/08 (bis auf eines wurden alle Urteile von der Kanzlei Werner Rechtsanwälte erstritten).