

Postbariatrische Plastische Chirurgie im Lichte des Patientenrechtegesetzes

Tim C. Werner

Seit dem 26. Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft. Der Begriff täuscht 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). Während die erstgenannten Änderungen die erstmalige Normierung eines Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient, die Erhöhung der Transparenz und Beweiserleichterungen bei Kunstfehlern zum Gegenstand haben (s. Beitrag von B. Bahner auf S. XX dieser Ausgabe), 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 postbariatrischen Patienten, die eine Wiederherstellungsoperation – etwa eine Fettschürzenresektion oder einen Bodylift nach Lockwood – begehren, Vorteile bringt, davon handelt dieser Beitrag.

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 Kostenerstattungen vorgenommen wurden.“

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

Der neue § 13 Absatz 3a SGB V in der Praxis: Ein stumpfes Schwert bei den Sachleistungsansprüchen

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 Medizinischen Dienst (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 „fingierten Genehmigung“ eher die Ausnahme bleiben.

Wird der MDK beteiligt, wird die genannte 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 wird 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 beim MDK entbinden die Krankenkassen nicht von der Einhaltung der Fristen!

Natürlich ist in der Zukunft auch die Konstellation denkbar, dass die Kassen sämtlich 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.

Nicht minder interessant ist die Rechtsänderung für diejenigen Patienten, die eine postbariatrische plastische 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 persönlich vertrete die Auffassung, dass nach drei Wochen (Antragsverfahren ohne MDK) bzw. fünf Wochen warten (Antragsverfahren mit MDK) der Weg offen steht für die „Selbstbeschaffung der Leistung“, dies allerspätestens nach einer der Krankenkasse gesetzten kurzen Nachfrist. Der Gesetzestext spricht nämlich in § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V lediglich vom Ablauf der Fristen, die in Satz 5 der Norm erwähnte Verzögerungsmitteilung der Krankenkasse taucht hier nicht mehr auf. Vieles spricht dafür, dass diese Einschätzung die Richtige ist, man wird jedoch abwarten müssen, was die Sozialgerichte hierzu entscheiden.

Große Erleichterungen für Betroffene, die bei den OP-Kosten in Vorleistung treten möchten

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
Windthorststraße 62, 65929 Frankfurt a. M.
werner@adipositas-anwalt.de, www.adipositas-anwalt.de