

Wenn die Krankenkasse nicht entscheidet von Peer Frank

Bei der Beantragung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kommt es oft zu nicht unerheblichen Wartezeiten. Manchmal ist der Versicherte aber aufgrund einer akuten Erkrankung auf eine schnelle Bewilligung von Leistungen angewiesen. Dann stellt sich die Frage, wie lange sich die Krankenkasse mit der Entscheidung Zeit lassen darf und ob es möglich ist, sich die Leistung zunächst selbst zu beschaffen und dann eine Kostenerstattung von der Krankenkasse zu fordern.

Grundsätzlich gilt, dass vor jeder Beanspruchung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Antrag auf Übernahme der Kosten gestellt werden muss. Wenn sich Versicherte Leistungen selbst beschaffen, ohne zuvor einen Antrag bei der Krankenkasse gestellt zu haben, muss die Krankenkasse die Kosten für die Leistungen in der Regel nicht übernehmen. Dies gilt auch dann, wenn die Krankenkasse die Kosten bei vorheriger Antragstellung eigentlich hätte übernehmen müssen. Allein die unterlassene Antragstellung führt dann dazu, dass der Versicherte für die Kosten der Leistungen selbst aufkommen muss.

Nur, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, kann ein Versicherter, dem durch die Beschaffung einer notwendigen Leistung Kosten entstanden sind, einen Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse geltend machen.

Wann eine unaufschiebbare Leistung vorliegt, hat der Gesetzgeber nicht geregelt. Die Gerichte gehen davon aus, dass ein Kostenerstattungsanspruch besteht, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar war, vor der Beschaffung der Leistung die Krankenkasse einzuschalten.

In nicht so dringenden Fällen muss aber zunächst ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Nach Antragstellung ist oft unklar, wann die Krankenkasse über den Antrag entscheidet und ob sie verpflichtet ist, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes über den Antrag zu entscheiden.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, welches bereits am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, sollte unter anderem das Problem der langen Bearbeitungsdauer von Leistungsanträgen behoben werden. Deshalb ist eine Vorschrift in das Gesetz eingefügt worden, wonach die Krankenkassen über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden müssen.

In den Fällen, in denen zur Klärung des Leistungsanspruches eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK) von der Krankenkasse eingeholt werden muss, nimmt dieser zum Leistungsantrag innerhalb von drei Wochen Stellung. Bei Einschaltung des MdK muss über den Antrag innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entschieden werden. Besondere und abweichende Vorschriften gelten bei zahnmedizinischen Leistungen und auch bei Rehabilitationsleistungen für schwerbehinderte Menschen.

Wenn die Krankenkasse die Frist von drei Wochen oder die Frist von fünf Wochen nicht einhalten kann, muss sie den Versicherten schriftlich unter Darlegung der Gründe informieren.

Ist über den Antrag nicht innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen nach Antragseingang entschieden worden und hat die Krankenkasse den Versicherten nicht, nicht schriftlich oder erst nach Ablauf der Fristen über die Hinderungsgründe informiert, gilt die Leistung nach

Ablauf der Fristen als genehmigt. Diese Folge wird als Genehmigungsfiktion bezeichnet. Maßgeblich ist der Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherten die Benachrichtigung der Krankenkasse zugeht. Beschafft sich der Versicherte eine erforderliche Leistung danach selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten verpflichtet.

Für den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Krankenkasse ist der Versicherte beweispflichtig, es empfiehlt sich deshalb, einen Nachweis über die Antragstellung bereit zu halten. Dafür, dass die Krankenkasse den Versicherten rechtzeitig vor Ablauf der Fristen über eine Verzögerung informiert hat, und dafür, dass eine Entscheidung innerhalb der Fristen ergangen ist, ist die Krankenkasse beweispflichtig.

In manchen Fällen geht die Pflicht zur Leistungserbringung bzw. zur Kostenerstattung aufgrund der Genehmigungsfiktion so weit, dass selbst Kosten für Leistungen, die aus medizinischen oder rechtlichen Gründen eigentlich nicht genehmigungsfähig wären, dennoch von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Das Bundessozialgericht hat zuletzt in mehreren Urteilen vom 07.11.2017 entschieden, dass Leistungen zu erbringen sind, die ein Versicherter subjektiv für erforderlich halten darf. Die Regelung dient nach Ansicht der Richter dem Zweck, es dem Berechtigten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Bei Leistungen, die für jeden Versicherten klar ersichtlich nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind, soll aber kein Leistungsanspruch bestehen, da die Vorschriften über die Genehmigungsfiktion den Versicherten nicht zum Rechtsmissbrauch einladen soll.

Für den Fall, dass die Krankenkasse innerhalb der gesetzlichen Fristen über den Antrag entscheidet und den Antrag ablehnt, kann gegen die Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch erhoben werden. Gegen einen zurückweisenden Widerspruchsbescheid kann Klage vor den Sozialgerichten erhoben werden.

Wenn der Versicherte nicht auf den Ausgang des Widerspruchs- bzw. Klageverfahrens warten möchte, kann er sich die beantragten Leistungen nach Antragstellung und Erhalt einer ablehnenden Entscheidung selbst beschaffen. Ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse besteht aber nur dann, wenn es sich um eine notwendige Leistung handelte und die Krankenkasse den Leistungsantrag zu Unrecht abgelehnt hat. Hier ist Vorsicht geboten. Stellt sich nach Durchführung eines Widerspruchs- oder Klageverfahrens heraus, dass die Leistung nicht notwendig war oder die Krankenkasse die Erbringung der Leistung zu Recht abgelehnt hat, besteht auch kein Kostenerstattungsanspruch. Der Versicherte bleibt dann auf den Kosten für selbst beschaffte Leistung sitzen. Gerade bei kostenintensiven Leistungen sollte der Versicherte deshalb vor einer Selbstbeschaffung fachkundigen Rat einholen.

Rechtsanwalt Peer Frank
Fachanwalt für Sozialrecht

Dingeldein Rechtsanwälte

Bickenbach, Tel.: 0 62 57 / 8 69 50
www.dingeldein.de