

Wie schnell muss die Verwaltung arbeiten?

Auch die Sozialversicherungsträger sind an Fristen gebunden

Christian Winter

Stellt man einen Antrag bei der Krankenkasse, ganz gleich, ob es sich um ein Medikament, ein Hilfsmittel, oder um eine Heilbehandlung handelt, so ist oft Geduld gefragt. Hier stellt sich die Frage, ob es nicht Möglichkeiten gibt diese Geduldsprobe zu verhindern.

Muss die Geduld unbegrenzt sein?

Die Antwort auf diese Frage, bei Anträgen bei der gesetzlichen Krankenkasse, ist im Paragraph (§) 13 Absatz 3 a Sozialgesetzbuch (SGB) V zu finden. Nach dieser Regelung muss ein Antrag innerhalb von drei Wochen entschieden werden. Wird für diesen Antrag ein Gutachten benötigt, so verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Wird der medizinische Dienst eingeschaltet, dann hat dieser wiederum zusätzlich drei Wochen Zeit für seine Beurteilung. Diese genannten Fristen beginnen ab dem Zeitpunkt, an dem der Antrag gestellt wurde, unabhängig davon, ob die Unterlagen bei dem Antrag vollständig vorliegen oder nicht.

Fristen für die Krankenkasse beziehen sich auf den Antrag, nicht auf den Widerspruch

Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass sich diese Fristen nur auf den Antrag der Krankenkasse beziehen, nicht auf den Widerspruch gegen eine Entscheidung der Krankenkasse.

Bei Zahnarztbehandlungen gelten andere Fristen

Für den Fall, dass es sich bei der beantragten Leistung um eine Zahnarztbehandlung handelt, sind andere Fristen zu beachten. Für die Entscheidung bezüglich der Behandlung

gilt eine Frist von sechs Wochen. Wird zudem noch ein Gutachten benötigt, verlängert sich die Frist um weitere vier Wochen.

Wie müssen diese Fristen bewertet werden?

Bezüglich der Fristen, die hier aufgezeigt wurden, stellt sich nun die Frage, was die Krankenkasse genau tun muss, um die Frist einzuhalten. Dies war durchaus umstritten. Durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 11.07.2017 (Aktenzeichen B 1 KR 26/16 R) wurde nun allerdings Klarheit geschaffen. Innerhalb der genannten Fristen muss die Entscheidung der Krankenkasse dem Antragsteller mitgeteilt werden.

Diese Regelungen gelten nicht bei Geldleistungen

Es muss allerdings beachtet werden, dass die hier besprochenen Zusammenhänge sich nur auf Sachleistungen beziehen können. Also zum Beispiel Hilfsmittel oder Behandlungen. Auf reine Geldleistungen kann das hier Dargestellte demnach nicht angewendet werden. Außerdem ist hier zudem zu betonen, dass es hier nur um Leistungen gehen kann, die der übliche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet.

Wenn ein Gutachten benötigt wird, muss dies mitgeteilt werden

Wird ein Gutachten für die Entscheidung der Krankenkasse benötigt, dann steigt die Belastung für den Betroffenen, weil sich die Wartezeit verlängert. Deshalb muss er darüber informiert werden. Des Weiteren muss die Krankenkasse die Erstellung des Gutachtens unverzüglich einleiten. Gelingt es der Krankenkasse nicht, innerhalb dieser Fristen eine Entscheidung zu fällen, so bleibt dies für den Kostenträger nicht ohne Folgen.

Grund der Verzögerung muss mitgeteilt und hinreichend begründet werden

Die Krankenkasse muss nun die Verzögerung und den hinreichenden Grund der Verzögerung schriftlich mitteilen. Was aber meint der Gesetzgeber, wenn er von einem hinreichenden Grund spricht? Ein hinreichender Grund für die Verzögerung soll zum Beispiel vorliegen, wenn der Antragsteller nicht mitwirkt oder wenn die Antragsunterlagen nicht vollständig sind. Denn dies sind Gründe, die nicht in der Verantwortung der Krankenkasse liegen und für diese dann auch ohne Folgen bleiben sollen.

Eine Verspätung der Krankenkasse kann die Bewilligung der Leistungen zur Folge haben

Was geschieht nun aber, wenn die Krankenkasse die Fristen ganz gleich, ob mit oder ohne Gutachten nicht einhält, bzw. die Versäumung nicht schriftlich mitgeteilt und hinreichend begründet hat? Geht man von dem Wortlaut des Gesetzes aus, dann ist nach Paragraph (§) 13 Absatz 3aS. 6 Sozialgesetzbuch (SGB) V die Lage ganz einfach. Die Leistung gilt als genehmigt. Diese Situation wird als Genehmigungsfiktion bezeichnet. Bisher hatte dies zur Folge, dass der Betroffene dann seine Leistung erhalten kann und folgerichtig auch einen Anspruch darauf hat. Dies hat auch bis vor kurzem das Bundessozialgericht in seiner ständigen Rechtsprechung auch so gesehen. In seinem neuen Urteil entscheidet das Bundessozialgericht (Aktenzeichen B 1 KR 9/18 R) allerdings, dass diese Genehmigungsfiktion keinen Anspruch begründet, weil es sich bei ihr um keinen Verwaltungsakt handelt. Dies wäre allerdings notwendig, um einen Anspruch auf die gewünschte Leistung zu haben. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts ist die Genehmigungsfiktion demnach nur noch eine vorläufige Rechtsposition. War es noch bis vor kurzem so, dass nach der Fristversäumung Leistungen beansprucht werden konnten, so geht dies nun nicht mehr. Das Verfahren läuft weiter, die Krankenkasse kann weiterhin entscheiden, ob die Leistung genehmigt wird oder nicht.

Die Mitteilung über Verzögerung muss unterschrieben sein

Aber selbst, wenn die Krankenkasse die Frist einhält, beziehungsweise eine Mitteilung bezüglich der Verlängerung absendet, kann es unter Umständen trotzdem eine Genehmigungsfiktion zur Folge haben. Nach einem neuen Urteil muss die Mitteilung über eine Fristverlängerung nämlich zusätzlich von einem Sachbearbeiter unterzeichnet worden sein. Ist dies nicht der Fall, so ist die Frist nicht gewahrt worden, was dann zu einer Gewährung der Leistung führen kann. (Sozialgericht Heilbronn, Urteil vom 22.11.2019 (Aktenzeichen: S 14 KR 3166/18)). Zusätzlich ist zu beachten, dass die Mitteilung über eine Verlängerung der Bearbeitungszeit von der Krankenkasse mitgeteilt werden muss. Geschieht dies nicht, weil zum Beispiel ein Gutachter die Notwendigkeit einer Verlängerung mitteilt, dann wird diese Mitteilung nicht akzeptiert, was wiederum eine Genehmigungsfiktion zur Folge haben kann.

Die Fristversäumung der Krankenkasse kann eine Kostenerstattung zur Folge haben

Hat der Betroffene, aufgrund der Verzögerung der gesetzlichen Krankenkasse, sich die beantragte Leistung schon selbst beschafft, so müssen ihm diese Kosten von der Krankenkasse unter Umständen erstattet werden. Allerdings muss man hier vorsichtig sein. Die Möglichkeit der Kostenerstattung besteht nur, wenn alle Voraussetzungen hierfür vorliegen. Ist dies nicht der Fall, so hat man unter Umständen sich selbst mit den Kosten belastet, weil man keinen Anspruch auf Bezahlung hat.

Das Bundessozialgericht schränkt die Möglichkeit der Kostenerstattung stark ein

Wenn man sich die beantragte Leistung aufgrund der Verzögerung erst einmal selbst beschafft hat, so mussten die dadurch entstandenen Kosten in der Regel erstattet werden. Diese Handhabung hat das Bundessozialgericht in seiner neuesten Rechtsprechung stark eingeschränkt. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts, muss die Krankenkasse Leistungen übernehmen, die aufgrund der Fristverzögerung beschafft wurden. Allerdings, so das oberste Sozialgericht weiter, muss der Antragsteller im guten Glauben sein.

Wann ist der Antragsteller im guten Glauben?

Der Antragsteller ist dann im guten Glauben, wenn er entweder Kenntnis davon hatte, dass er die Leistung eigentlich nicht bekommen konnte, oder aber dies auch nicht grob fahrlässig verkannt hat. Unter grober Fahrlässigkeit versteht man, dass die im Verkehr übliche Sorgfalt im hohen Maße verletzt wird. Das bedeutet, dass die einfachsten und naheliegendsten Überlegungen vom Betroffenen nicht vorgenommen werden. In unserem Zusammenhang heißt das, dass der Betroffene hätte erkennen können und müssen, dass er gegenüber der Krankenkasse nicht berechtigt ist, diese Leistung zu fordern. Hierin liegt eine starke Einschränkung der bisherigen Rechtslage. Genügte es zuvor, dass die Krankenkasse die Frist einfach versäumt, und der Betroffene sich die Leistung selbst beschafft hat, so muss er nun auch noch gutgläubig sein. Das bedeutet, der Betroffene muss selbst davon ausgehen, dass er die Leistung berechtigterweise erhält bzw. erhalten kann.

Die Möglichkeit der Selbstbeschaffung ist kein Anspruch mehr

Die Entscheidung des Obersten Sozialgerichts hat noch eine weitere Auswirkung. Nach Ansicht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BSG) ist die Genehmigungsfiktion kein Anspruch, sondern es entsteht nur noch eine vorläufige Rechtsposition. Das ist und klingt sehr kompliziert. In eine nicht juristische Sprache übersetzt bedeutet dies, dass wenn der Betroffene den Gegenstand bzw. die Leistung sich noch nicht beschafft hat, dann läuft das Verfahren weiter, die Krankenkasse kann weiterhin entscheiden. Wenn die Krankenkasse allerdings entschieden hat, dann endet damit die Genehmigungsfiktion, und damit auch die Möglichkeit der Selbstbeschaffung.

In der Praxis folgt daraus, dass die Möglichkeit der Selbstbeschaffung nicht mehr als Anspruch gesehen wird, sondern als vorläufige, befristete Rechtsposition, die von der Krankenkasse durch Entscheidung beendet werden kann.

Die Situation der gesetzlich Versicherten verschlechtert sich

Der Paragraph (§) 13 Absatz 3a Sozialgesetzbuch (SGB) V dient dazu, die Position des Versicherten zu verstärken und ihm nicht dem Zeitplan der Krankenkasse unbegrenzt auszuliefern. Durch die veränderte Haltung des Bundessozialgerichts wird dieses Schutzinstrument für den Versicherten, den Patienten, wesentlich eingeschränkt und entschärft. Wichtig: die früheren Urteile des Bundessozialgerichts können jetzt nicht mehr verwendet werden, weil die Beurteilung eine andere ist. Die Genehmigungsfiktion verändert die Lage des Betroffenen nur vorübergehend positiv. Er kann sich zwar weiterhin die gewünschte Leistung im Laufe der Verzögerung beschaffen, allerdings muss er nun zudem gutgläubig sein.

Diese Regelungen gelten nur für gesetzlich Versicherte

Wenn man privatversichert ist, muss man bezüglich dieser Vorgehensweise bzw. der Fristen etwas Vorsicht walten lassen. Sie gelten nämlich nur für gesetzlich Versicherte; für die die Regelungen im SGB V zuständig sind. Privatversicherte stehen vor einer etwas anderen Herausforderung. Sie müssen ihren Vertrag sehr gründlich durchforsten, denn hier wird in der Regel festgelegt sein, wie im Fall einer Verzögerung durch den Leistungserbringer zu verfahren sein wird.

Wichtig: Es ist an dieser Stelle noch einmal von Bedeutung, dass die soeben aufgezeigten Fristen nur für Anträge bei der gesetzlichen Krankenkasse, also den in Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelten Bereich gelten. Das bedeutet, dass diese NICHT auf andere Leistungserbringer (Rentenversicherung, Unfallversicherung etc.) übertragbar sind. Außerdem muss auch beachtet werden, dass die Genehmigungsfiktion ebenfalls nur bezüglich Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse wirkt.

Auch die Pflegeversicherung muss sich an Fristen halten

Dass es notwendig ist, die Versicherten vor allzu langen Bearbeitungszeiten zu schützen und zu entlasten, wurde allerdings nicht nur in Bezug auf die gesetzlichen Krankenkassen gesehen. Auch die Pflegeversicherung kann sich mit bestimmten Entscheidungen nicht unbegrenzt Zeit lassen.

Die genannten Fristen beziehen sich auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung des Pflegegrades

Wird ein Antrag bei der Pflegeversicherung auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder einem anderen Pflegegrad gestellt, so gibt es auch hier einen Schutz des Antragstellers vor allzu langen Wartezeiten. Es gilt allerdings zu beachten, dass diese gänzlich anders konstruiert sind, bzw. andere Konsequenzen zur Folge haben. Nach Paragraph (§) 18 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI muss die Pflegeversicherung innerhalb von 25 Werktagen nach Antragstellung eine Entscheidung fällen. Geschieht dies nicht, so muss für jede angefangene Woche 70 Euro an den Antragsteller gezahlt werden. Allerdings kann der jeweilige Betrag nur beansprucht werden, wenn die Pflegekasse die Verzögerung auch zu vertreten hat.

Verkürzung der Frist von 25 Arbeitstagen auf eine Woche

Wenn die pflegebedürftige Person allerdings im häuslichen Umfeld gepflegt wird und keine Palliativversorgung benötigt, sollen wiederum andere Fristen gelten. Wird in dieser Situation von der Person, die Pflege durchführt, gegenüber dem Arbeitgeber Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt oder Familienpflegezeit nach dem Paragraphen (§) 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz mit dem Arbeitgeber vereinbart, dann hat die Pflegekasse etwas mehr Zeit. Dann muss die Beurteilung in spätestens zwei Wochen bekannt gegeben werden.

Ausnahmen von diesen Regeln

Die soeben geschilderte mögliche Sanktion der Pflegeversicherung bzw. die Bearbeitungsfristen sollen allerdings dann nicht notwendig sein, wenn der Antragsteller stationär untergebracht ist und mindestens ein Pflegegrad zwei bereits festgestellt wurde. Wie lässt sich diese Ausnahme erklären? Der Gesetzgeber geht davon aus, dass, wenn der Antragsteller schon einen höheren Pflegegrad hat und er zudem stationär untergebracht ist; bereits eine ausreichende Versorgung gegeben ist. Eine Verzögerung durch den Sozialversicherungsträger wirkt sich dann nicht mehr negativ aus, weil der Betroffene bereits ausreichend gepflegt wird. Wichtig: Auch an dieser Stelle muss verdeutlicht werden, dass das soeben Dargestellte ausschließlich für Antrag auf Feststellung oder Veränderung eines Pflegegrades bei der Pflegeversicherung gelten kann.

Was kann man tun, wenn sich nichts tut?

Von den Vorgaben für die gesetzliche Krankenkasse beziehungsweise Pflegeversicherung abgesehen, gibt es allerdings noch eine andere Möglichkeit, die man nutzen kann, wenn die Verwaltung generell nicht reagiert. Was geschieht zum Beispiel, wenn auf einen Widerspruch oder einen Antrag auch von einer anderen Behörde nicht reagiert wird? Auch diese Situation muss man nicht unbegrenzt und widerspruchslos hinnehmen. Dann besteht immer noch die Möglichkeit der sogenannten Untätigkeitsklage.

Verwaltung unternimmt sechs Monate nichts

Diese kann man jedoch erst erheben, wenn die zuständige Behörde mindestens sechs Monate nicht reagiert hat. Eine Untätigkeitsklage kann man bezüglich jeder Behörde erheben, so sie denn untätig ist. Also auch bei der gesetzlichen Krankenkasse oder der Rentenversicherung. Aufgrund des relativ langen Zeitraumes von einem halben Jahr, empfiehlt es sich aber, die zuvor geschilderten Möglichkeiten, die es bei der gesetzlichen Krankenkasse und der Pflegeversicherung gibt, auszunutzen bzw. auszuprobieren, wenn die entsprechenden Voraussetzungen dafür gegeben sind.

Weitere Voraussetzungen

Neben den genannten sechs Monaten muss noch eine ausreichende Wartefrist in Kauf genommen werden und die Verwaltung muss für ihre Verzögerung keinen zureichenden Grund haben. Das heißt, es darf keinen guten Grund für die Verzögerung geben. Ein

Beispiel für einen solchen zureichenden Grund kann darin liegen, dass der Antragsteller seine Begründung noch nicht abgegeben hat, oder andere Formen der Mitwirkung noch nicht stattgefunden haben.

Ausnahme bei Widersprüchen gegen Verwaltungsakte

Eine kürzere Frist für eine Untätigkeitsklage gibt es bezüglich des Widerspruchs bei einem Verwaltungsakt. Hier muss die Verwaltung innerhalb von drei Monaten reagieren.

Abschließend lässt sich sagen, dass wir verschiedene Möglichkeiten haben, um uns zur Wehr zu setzen. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegeversicherung sind an Fristen gebunden und gegen Behörden kann man sich generell mit der Untätigkeitsklage helfen. Allzu lange Wartezeiten sind also nicht erlaubt und müssen auch nicht geduldet werden.