

Tit. 9.5 RdSchr. 18b

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V

Tit. 9 – Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Titel: Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 18b

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 9.5 RdSchr. 18b – Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

(1) Damit die Leistungsberechtigten problemlos und eindeutig erkennen können, wann die Fiktion der Genehmigung eintritt, ist es notwendig, dass die Krankenkasse eine taggenaue Verlängerung der Frist vornimmt. Die Krankenkasse kann hierfür den konkreten Verlängerungszeitraum angeben, so dass das Ende der Fristverlängerung von den Antragstellenden selbst berechnet werden kann (z. B. "in zwei Wochen" oder "in 14 Tagen") oder sie bestimmt das Fristende kalendarisch (z. B. "bis zum TT.MM.JJJJ").

(2) Die Krankenkasse sollte sich bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen orientieren, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes - ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen - zu erwarten bzw. vorgesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Im Falle des Vorliegens eines hinreichenden Grundes wegen des Eintretens unvorhersehbarer Ereignisse (siehe Abschnitt 9.4) sollte sich die Bestimmung des Zeitraumes an Erfahrungswerten bzw. an dann aktuellen Rahmenbedingungen orientieren.

(3) Die Mitteilung über die Fristverlängerung hat schriftlich zu erfolgen, eine (fern-) mündliche Information ist nicht ausreichend. Zu favorisieren ist die schriftliche Mitteilung in Form eines kalendarischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche Information für die Leistungsberechtigten darstellt und zum anderen der Krankenkasse die weitere Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem eindeutigen "Wiedervorlage-Datum" ausgerichtet werden kann.

(4) Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass die erste sachlich gerechtfertigte Frist nicht ausreicht und sich somit als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse fristgerecht zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion dem Leistungsberechtigten die hinreichenden Gründe erneut mit einer taggenauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser Prozess ggf. mehrfach wiederholen. Erst wenn sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf der letzten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

(5) Mit der prognostizierten taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes ist letztlich das Ende der (verlängerten) Frist gemeint. Denn nach der Gesetzeskonstruktion des § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Versicherten den Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungsfiktion erkennen können, um

sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen zu können oder als Naturalleistung zu beanspruchen. Das ist durch die im Gesetz konkret benannten Fristen und Mitteilungspflichten der Krankenkasse sichergestellt.

(6) Fällt der hinreichende Grund bereits eher - als prognostiziert - weg, führt dies nicht zu einer entsprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Krankenkasse die auf Grundlage einer Prognose festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und die Versicherten/Bevollmächtigten erneut informieren müsste.