

PATIENTENRECHTE AUS SOZIALRECHTLICHER SICHT

Forum Gesundheit des IKK e.V. am 6.
März 2012 in Berlin

Übersicht

- ▣ Entscheidungszwang der Krankenkassen bei unaufschiebbaren Leistungen (§ 13 Abs. 3a SGB V neu)
- ▣ Anwendungsfälle in der Praxis: Off – Label – Use bei Arzneimitteln, Hilfsmittel und Nutzung von Privatkliniken
- ▣ Widerrufsrecht bei Selektivverträgen
- ▣ Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Haftungsansprüchen wegen Behandlungsfehlern

Entscheidungspflicht und Kostenerstattung

- ▣ Kommunikation zwischen Krankenkasse und Versicherten nach § 13 Abs. 3a SGB V neu
- ▣ Entscheidungsfrist für die Krankenkasse von drei oder – bei Beteiligung des MDK – fünf Wochen
- ▣ Fristsetzung durch den Versicherten
- ▣ Selbstbeschaffungsrecht des Versicherten nach Ablauf von weiteren zwei Wochen

Entscheidungspflicht und Kostenerstattung

- ▣ Pflicht zur Erstattung der Kosten in der „tatsächlich entstandenen Höhe“ ohne Begrenzung auf Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (Abweichung von § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX)
- ▣ Sanktionscharakter des neuen § 13 Abs. 3a SGB V : Leistungsanspruch ohne Prüfung der sachlichen Berechtigung

Entscheidungspflicht und Kostenerstattung

- ▣ Erfahrungen der Rechtsprechung zur Entscheidungspflicht des „erstangegangenen“ Rehabilitationsträgers (§ 14 SGB IX) und zum „persönlichen Budget“ (§ 17 SGB IX)
- ▣ Schlüsselstellung des für die Entscheidung zuständigen Mitarbeiters der Krankenkasse:
- ▣ Entscheidung des Mitarbeiters nach Rationalität: Hat das Verstreichen- Lassen der Frist härtere Konsequenzen als die (u.U.) fehlerhafte Versagung der begehrten Leistung?

Entscheidungspflicht und Kostenerstattung

- ▣ Verantwortung der Vorstände der Krankenkassen auch auf dem Hintergrund der Vorstandshaftung nach § 12 Abs. 3 SGB V
- ▣ Notwendigkeit klarer Vorgaben für die Mitarbeiter für Entscheidungen auf – unvermeidbar – unsicherer tatsächlicher Grundlage
- ▣ Klare Vorgaben für den kasseninternen Umgang mit **vertretbaren** Entscheidungen mit Außenwirkung

Off – Label – Use

- ▣ Privatverordnung von Arzneimitteln bei akuten, schwerwiegenden Erkrankungen als mutmaßlich wichtigster Anwendungsfall des neuen Erstattungsanspruchs (entsprechend § 2 Abs. 1a SGB V ab 1.1.2012)
- ▣ Ausweichen des Vertragsarztes auf Privatrezept keine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (BSG)
- ▣ Notwendigkeit der Einschaltung des MDK

Off –Label - Use

- ▣ Fazit aus weit mehr als 100 sozialgerichtlichen Entscheidungen in Eilverfahren zu nicht anerkannten Heilverfahren, Off – Label – Use und Arzneimitteln ohne Zulassung
- ▣ Notwendigkeit eines ständig aktualisierten , online verfügbaren Katalogs von Verfahren, Medikamenten und Indikationen
- ▣ Notwendigkeit einer – begrenzten – Antizipation der Rechtsprechung des BVerfG insbesondere bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen
- ▣ Vor- und Nachteile der ablehnenden gegenüber der schlicht unterlassenen Entscheidung der Krankenkasse

Hilfsmittel

- ▣ Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) als wichtiger Anwendungsbereich des Selbstbeschaffungsrechts nach § 13 Abs. 3a SGB V E
- ▣ Fehlende Normativität des Hilfsmittelverzeichnisses, rasanter technischer Fortschritt und gute Information der leistungsberechtigten behinderten Menschen (bzw. deren Eltern) als maßgebliche Faktoren
- ▣ Leistungsgewährung durch Verstreichen - Lassen der gesetzlichen Fristen ?
- ▣ Typischerweise keine Vorwegnahme der Hauptsache bei reiner Optimierungsversorgung im Hilfsmittelbereich

Privatkliniken

- ▣ Tatsächliche oder vermeintliche Monopolisierung bestimmter (in der Regel schulmedizinisch nicht anerkannter) Behandlungsverfahren bei reinen Privatkliniken
- ▣ Erhebliche Schwierigkeiten bei der Klärung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser im Sinne der §§ 108, 109 SGB V innerhalb der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V neu

Widerrufsrecht bei Selektivverträgen

- ▣ Ergänzung der § 73b (hausarztzentrierte Versorgung) und § 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung)
- ▣ Widerrufsrecht der Versicherten (zwei Wochen) für die Teilnahme an den selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsformen, Verpflichtung der Krankenkasse zu Satzungsregelungen über die Teilnahme der Versicherten
- ▣ Mutmaßlich geringer Anwendungsbereich insbesondere bei der hausarztzentrierten Versorgung wegen der gesetzlichen Fokussierung der hausärztlichen Versorgung auf die Leistungserbringerseite

Unterstützung bei Behandlungsfehlern

- ▣ Ersetzung des „freien“ Ermessens zur Unterstützung der Versicherten in § 66 SGB V durch eine Verpflichtung, von der in Ausnahmefällen abgewichen werden darf
- ▣ Praktischer Anwendungsbereich des § 66 bisher minimal: in 22 Jahren Geltung der Norm eine einzige gerichtliche Entscheidung (LSG Bayern v. 9.7.1998)
- ▣ Grund: Wegen des Vorrangs der Regressmöglichkeit nach § 116 SGB X; praktische Bedeutung des § 66 SGB V nur beim Schmerzensgeld

Unterstützung bei Behandlungsfehlern

- ▣ Unzureichende Hinweise auf die zulässigen Unterstützungsformen der Krankenkassen in der Gesetzesbegründung
- ▣ Ergänzung von Gesetzestext oder (mindestens) Gesetzesbegründung notwendig zur Klärung:
 1. Einholung eigener Gutachten?
 2. Rolle des MDK
 3. Obliegenheit des Versicherten zur Inanspruchnahme der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern?
 4. Berechtigung der Krankenkassen zur finanziellen Unterstützung der Prozessführung der Versicherten (bisher nach h.M. ausgeschlossen)?

Unterstützung bei Behandlungsfehlern

- ▣ Prüfung der Erwägungen zur Einführung einer Unterstützungspflicht aus dem Gesetzgebungsverfahren des GKV-Reformgesetzes 2000
- ▣ Mögliche Belastungen der Vertragspartnerschaft von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten sowie Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei einer Pflicht der Krankenkassen zur Durchsetzung (noch nicht feststehender) Schadensersatzansprüche
- ▣ Option: Konzentration der Unterstützungsverpflichtung der Versicherten beim MDK (§ 275 SGB V; wie Abrechnungskontrolle im Krankenhaus und Prüfung von Arbeitsunfähigkeit)