

Wesentliche Patientenrechte nach den neuen Regelungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V)

1.

Nach der neuen Vorschrift des § 13 Abs. 3 a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistung zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeholt wird, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Der MDK hat innerhalb von 3 Wochen gegenüber der Krankenkasse Stellung zu nehmen. Bei Durchführung eines Gutachterverfahrens gemäß Bundesmantelvertrag für Zahnärzte besteht die Sonderregelung, dass die Krankenkasse ab Antragstellung innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden hat; der Gutachter nimmt innerhalb von 4 Wochen Stellung.

Können die Fristen seitens der Krankenkasse nicht eingehalten werden, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen und dient damit zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Darüber hinaus können Versicherte bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung erforderliche Leistungen selbst beschaffen (Ausnahme vom Sachleistungsprinzip).

2.

In § 66 SGB V war bis zur Änderung geregelt, dass die Krankenkasse die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB

X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen "können". Die Entscheidung der Krankenkassen gemäß § 66 SGB V war also in das Ermessen der Krankenkassen gestellt. Bei der Neuregelung des § 66 SGB V wurde das Wort "können" durch das Wort "sollen" ersetzt. Bereits vor der Gesetzesänderung haben die Krankenkassen die Patienten, insbesondere im Rahmen der Regresssachbearbeitung in vielerlei Hinsicht bei der Aufdeckung von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern sowie bei der Durchsetzung von Arzthaftungsansprüchen unterstützt.

Die Unterstützung durch die Krankenkassen wird durch die Änderung des § 66 SGB V zugunsten der Patienten gestärkt. Von besonderer Bedeutung ist hier die Hilfe in medizinischen Fragen, insbesondere das Einholen von Gutachten beim MDK, um Behandlungs- und Aufklärungsfehler aufzudecken, sachverständig festzustellen und zu bewerten.

3.

Gemäß § 135 a Abs. 2 SGB V sind Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Versorgungsleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a besteht, nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln. Die Vorschrift wurde zugunsten der Patienten dahingehend erweitert, dass zusätzlich bei Krankenhäusern die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Nach der Gesetzesbegründung sollen Patienten in geeigneter Form über ihre Beschwerdemöglichkeit vor Ort informiert werden, außerdem soll eine zügige und transparente Bearbeitung der Beschwerde sowie eine Unterrichtung über das Ergebnis und mögliche Konsequenzen erfolgen, wobei jedoch bestehende Datenschutzregelungen, insbesondere auch die Regelungen zum Schutz der personenbezogenen Daten der Beteiligten zu beachten sind.

4.

In § 135 a Abs. 3 SGB V ist neu geregelt, dass Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden dürfen.

Dies gilt jedoch nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als 5 Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlungen des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre. Der Meldende ist mit dieser Vorschrift weitgehend geschützt, da die Daten aus dem Fehlermeldesystem nur zu Verfolgung von erheblichen Straftaten, wie z.B. vorsätzliche Tötungsdelikte verwendet werden dürfen. Bei Delikten welche mit einem Behandlungsfehler in Verbindung stehen, wie z.B. Körperverletzung und fahrlässige Tötung, ist das Datenverwendungsverbot gewährleistet.

+++