



## **Kasse muss Original-Arzneien zahlen**

**Wissen Sie, was eine Genehmigungsfiktion ist? Sie greift dann, wenn eine Krankenkasse nicht rechtzeitig auf einen Antrag reagiert, wie in diesem Fall.**

Viele Patienten kennen das: Krankenkassen zahlen häufig nicht mehr die Originalarzneien, sondern lediglich die preisgünstigeren Nachahmerprodukte mit denselben Wirkstoffen, die sogenannten Generika. Manche Versicherte benötigen jedoch das Originalpräparat, weil sie das Generikum beispielsweise nicht vertragen. Eine diesbezüglich individuelle ärztliche Verordnung muss die Krankenkasse genehmigen.

### **Drei Wochen Frist für Entscheidung zur Leistung**

Für die Entscheidung über einen solchen Leistungsantrag hat die Krankenkasse grundsätzlich drei Wochen Zeit. Will die Kasse ihren medizinischen Dienst hierzu noch gutachterlich einschalten, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Allerdings muss die Kasse dann den Versicherten zuvor innerhalb der Drei-Wochen-Frist über die geplante Begutachtung informieren.

### **Fall und Entscheidung von Kostenübernahme für Blutverdünner**

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte nun über solch einen Fall zu urteilen (AZ. B 1 KR 24/18 R). Ein Schlaganfall-Patient hatte bei seiner

Kasse zur Verhinderung eines weiteren Schlaganfalls einen Antrag mit ärztlichen Befunden eingereicht. Die Kasse sollte die Kosten für das Medikament Iscover (Blutverdünner) ohne Begrenzung auf den Festbetrag übernehmen. Der Patient bekam recht.

Das Bundessozialgericht in Kassel bestätigte per 26.02.2019, dass die Krankenkasse ihn nicht auf günstigere Generika oder den hierfür geltenden Festbetrag verweisen darf. Sie hat den Antrag des Versicherten nämlich nicht innerhalb der oben genannten drei Wochen Bearbeitungsfrist beantwortet und nach Ablauf der Frist schlicht abgelehnt. Der Leistungsantrag gilt deshalb als „fiktiv genehmigt“.

Zur Begründung führte das BSG ergänzend aus, dass der Versicherte schließlich davon ausgehen konnte, die Kasse werde die Kosten ohnehin nicht übernehmen. Denn: Obwohl die Kosten von Iscover den Festbetrag überschreiten, liegt die Versorgung mit Iscover nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkasse.

Der Patient hat sich hier auf einen atypischen Ausnahmefall berufen, in dem die Leistungsbeschränkung auf den Festbetrag gerade nicht greift.

Auch in mehreren weiteren Fällen bekräftigte das BSG jetzt die Genehmigungsfiktion, z. B. bei Anträgen auf eine Liposuktion (Fettabsaugung), AZ. B 1 KR 33/17 R, oder beim Arzneimittel Antra Mups 20 bei chronischer Gastritis, AZ. B 1 KR 23/18.

Zuletzt aktualisiert: 20.11.2019