



Aktenzeichen: Pet 2-19-15-8271-044137

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 07.04.2022 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen,
- weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.

Begründung

Der Petent begehrt eine gesetzgeberische Klarstellung der Reichweite der in § 13 Absatz 3a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) enthaltenen Genehmigungsfiktion dahingehend, dass gesetzlich Krankenversicherte nach Ablauf einer Bearbeitungsfrist eine bei ihrer Krankenkasse beantragte Leistung wahlweise als Sachleistungsanspruch oder als Kostenerstattungsanspruch geltend machen können.

Der Petent erklärt zur Begründung seines Anliegens, mit der Einführung des § 13 Absatz 3a Sozialgesetzbuch V durch das Gesetz zur "Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" im Jahre 2013 habe der Gesetzgeber dem Bedürfnis der gesetzlich Krankenversicherten nach zügiger Klärung und Erbringung ihrer Leistungsansprüche Rechnung getragen. Durch die gesetzliche Regelung würden die Krankenkassen verpflichtet, innerhalb kurzer Fristen über einen Antrag auf Leistungen zu entscheiden und – falls die Fristen nicht eingehalten werden könnten – an den Versicherten rechtzeitig vor Fristablauf unter Angabe der Gründe Mitteilung zu machen. Erfolge keine (rechtzeitige) Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gelte die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion).

Durch die neueste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts würden gerade diejenigen Versicherten benachteiligt, die im besonderen Maße schutzbedürftig seien.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Eingabe verwiesen, die auf der Internetseite des Deutschen Bundestages veröffentlicht wurde, dort 67 Unterstützer fand und in 2 Beiträgen diskutiert wurde.



Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung einer zu der Eingabe erbetenen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt dar:

Nach der durch das Patientenrechtegesetz im Januar 2013 eingeführten Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V hat eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistung spätestens bis Ablauf von drei Wochen oder bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Der Zweck dieser Genehmigungsfiktion liegt darin, Druck auf die Krankenkassen auszuüben und Verfahren zu beschleunigen. Gleichzeitig entfaltet die Norm Sanktionscharakter, indem sich Krankenkassen nach Ablauf der Bearbeitungsfrist nicht mehr auf eine materielle Rechtswidrigkeit beantragter Leistungen berufen können. Damit tragen sie das Risiko, Kosten für eine Leistung erstatten zu müssen, die sie nach allgemeinem Leistungsrecht nicht zu gewähren hätten.

Auch wenn das Bundessozialgericht am 26. Mai 2020 (Az. B 1 KR 9/18 R) entschieden hat, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer Naturalleistung vermittelt, sondern nur das Recht auf Selbstbeschaffung sowie den Anspruch vorsieht, bei Ablauf der Bearbeitungsfrist die Beschaffungskosten erstattet zu erhalten, wird § 13 Absatz 3a SGB V dem Normzweck gerecht. Denn die Krankenkassen werden auch ohne die gesetzgeberische Einführung eines Sachleistungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse zu einer zügigen Entscheidung innerhalb einer kurzen Reaktionsfrist verpflichtet.

Alle Versicherten - unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit - dürften von der allgemeinen Verfahrensbeschleunigung profitieren, sodass auch die Belange besonders schutzbedürftiger Versicherter schwächerer Einkommensgruppen berücksichtigt werden. Nach der Rechtsprechung des BSG kann ein Erstattungsanspruch auch im Sinne einer Freistellung durch die Krankenkasse bestehen, wenn Versicherte für die Leistung gegenüber dem Leistungserbringer etwas schulden (BSG vom 15.03.18, Az.:



B 3 KR 41/17 B). In diesen Fällen werden Versicherte auch nicht vorübergehend finanziell belastet.

Gesetzgeberischer Klarstellungsbedarf besteht nach alledem aus Sicht des Petitionsausschusses nicht. Dieses Ergebnis entspricht auch der ursprünglichen gesetzgeberischen Intention, die Selbstbeschaffung einer Leistung einzig mit der Folge einer Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse zu erleichtern (siehe Gesetzesbegründung zum Patientenrechtegesetz: BT-Drucksache 17/10488, S. 32).

Mit Blick auf die obigen Darlegungen sieht der Petitionsausschuss keinen parlamentarischen Handlungsbedarf im Sinne der Eingabe und empfiehlt, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.