

Tit. 4.3 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. 4 – Anwendungsbereich des § 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. 4.3 RdSchr. 18b – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen

(1) § 13 Abs. 1 SGB V regelt allgemein, dass die Erstattung von Kosten - als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip - nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 SGB V) erfolgen darf, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen. Hierauf aufbauend stellt die Kostenerstattungsregelung nach § 13 Abs. 3a SGB V die Spezialvorschrift dar, wobei der Anwendungsbereich bereits aufgrund der Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Sach- oder Dienstleistungen beschränkt ist.

(2) Allerdings muss § 13 Abs. 3a SGB V grundsätzlich auch für Leistungen zur Anwendung gelangen,

1. die dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistungen vorgesehen sind,
 - a. für die jedoch - als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip gemäß § 13 Abs. 1 SGB V - ein Anspruch auf Erstattung von Kosten bestehen kann - sachleistungsersetzende Kostenerstattung (z. B. selbstbeschaffte Ersatzkraft bei Haushaltshilfe nach § 38 SGB V) oder
 - b. die den Leistungsberechtigten auf Antrag im Rahmen eines Persönlichen Budgets in Geld nach § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V , § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V , § 29 SGB IX (siehe jedoch nachfolgende Ausführungen unter Nr. 33 und Abschnitt 4.4.5 zur Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget), bzw.
2. die den Leistungsberechtigten in Form eines Zuschusses mit dem Ziel der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gewährt werden (z. B. Festzuschuss für eine Zahnersatzversorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V).

(3) Hierbei handelt es sich zwar um Geldleistungen. Nach der gesetzlichen Intention (Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens) ist § 13 Abs. 3a SGB V jedoch so auszulegen, dass die Vorschrift grundsätzlich auch in diesen Fällen zu gelten hat und die eingrenzende Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V insoweit durchbrochen wird.

(4) § 13 Abs. 3a SGB V kann nur bei Leistungen greifen, die vor ihrer Durchführung einer Genehmigung durch die Krankenkasse unterliegen bzw. der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Die ggf. bestehende vorherige Genehmigungspflicht von Leistungen wird durch die Kostenerstattungsregelungen nicht berührt oder sogar noch ausdrücklich gesetzlich normiert (vgl. § 13 Abs. 2 Satz 5 oder § 13 Abs. 5 SGB V).

(5) Fälle, in denen sich Versicherte die - dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistung vorgesehene - Leistung selbst beschaffen und nunmehr eine Erstattung der Kosten beantragen, sind jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit § 13 Abs. 3a SGB V die Beschleunigung der Leistungsentscheidung bzw. die zeitnahe -inanspruchnahme bewirkt werden. Als

Sanktion ist die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der erforderlichen Leistung und Erstattung der dadurch entstandenen Kosten vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungsanspruchnahme jedoch bereits erfolgt, so dass die Leistung gerade nicht mehr selbst beschafft werden muss. Dies gilt gleichermaßen für den Fall, dass die Arbeitgebenden die Leistungsgewährung nach § 17 Abs. 1 SGB V verweigern oder die Versicherten unmittelbar - also ohne vorherige Einschaltung der Arbeitgebenden - die Erstattung der entstandenen Kosten aufgrund selbstbeschaffter Sozialleistungen gegenüber der Krankenkasse beantragen.

(6) Von § 13 Abs. 3a SGB V sind erfasst:

1. Leistungen, die der Genehmigungspflicht unterliegen und von Versicherten, die **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V** gewählt haben, beantragt werden (z. B. künstliche Befruchtung, Zahnersatz),
2. **Inanspruchnahme von Leistungen** durch nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer aufgrund medizinischer oder sozialer Gründe bei Gewährleistung einer zumindest gleichwertigen Versorgung **nach § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V** ,
3. **Außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**, soweit die Leistung nicht unaufschiebbar ist (vgl. § 13 Abs. 3 SGB V) ,
4. **Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz** im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V , die nach deutschen Vorgaben der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen (z. B. Künstliche Befruchtung, Zahnersatzversorgung),
5. **Behandlung in einem anderen EU-/EWR-Staat** nach § 13 Abs. 4 Satz 6 und Abs. 6 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 SGB V ,
6. **Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz** nach § 13 Abs. 5 SGB V ,
7. Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der **Teilkostenerstattung** nach § 14 SGB V , die der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen,
8. **Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR** nach § 18 Abs. 1 und 2 i. V. m. § 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V ,
9. Einholung der Zustimmung zur **Kostenübernahme** nach § 18 Abs. 3 SGB V ,
10. **Medizinische Vorsorgeleistungen** nach § 23 SGB V ,
11. **Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V ,
12. **Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation nach § 24b SGB V als Krankenhausbehandlung**,

Anmerkung:

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung des stationären Schwangerschaftsabbruchs bzw. der stationären Sterilisation vor Beginn der Krankenhausbehandlung (siehe Anmerkung zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V).

Für die nach § 24b Abs. 3 und 4 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgenommenen Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch kann ggf. ein Anspruch nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen) bestehen, der jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist (siehe Abschnitt 4.4.6).

13. **Künstliche Befruchtung** nach § 27a SGB V ,
14. **Psychotherapie** nach § 28 Abs. 3 SGB V ,

Ausnahme:

Probatorische Sitzungen (§ 12 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie], § 14 Abs. 2

Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) sowie andere Leistungen (z. B. EBM-GOP 35100 Diagnostik, EBM-GOP 35110 Intervention), auch wenn sie während einer laufenden Psychotherapie anfallen, sind gegebenenfalls über die elektronische Gesundheitskarte oder den Abrechnungs- bzw. Überweisungsschein abzurechnen (vgl. § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä bzw. EKV). Nicht erfasst von § 13 Abs. 3a SGB V sind auch die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie , § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie , § 15 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä).

15. **Implantologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V ,
16. **Parodontologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V ,

Ausnahme:

- a. Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen (vgl. Abschnitt 5.2.1 der Anlage 1 und § 1 Abs. 2 der Anlage 5 BMV-Z).
- b. Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt (vgl. § 1 Abs. 3 der Anlage 5 BMV-Z).

17. **Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V ,

Ausnahme:

Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen (vgl. Abschnitt 3.1 , 3.1.1 und 3.1.2 der Anlage 1 BMV-Z).

18. **Kieferorthopädische Behandlung** nach § 29 SGB V (einschließlich Anträge auf Therapieänderung und Verlängerung sowie kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich zahntechnischer Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen),

Ausnahme:

Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies den Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme dieser Mitteilung ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten (vgl. § 2 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Dieser Sachverhalt ist nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da die Zahnärztin oder der Zahnarzt bereits vor Einschaltung der Krankenkasse entschieden hat, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht. Die Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ist lediglich als Information zu werten und stellt keinen Antrag der Versicherten zur Überprüfung der Entscheidung der Zahnärztin oder des Zahnarztes dar. Auch die evtl. Einleitung eines Gutachtens durch die Krankenkasse ändert hieran nichts. Etwas Anderes gilt nur, wenn die Versicherten - nach der Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes - nochmal ausdrücklich einen Antrag auf die begehrte kieferorthopädische Behandlung bei der Krankenkasse stellt.

19. **Arzneimittel** nach § 31 SGB V ,

Anmerkung:

Bei Vorliegen eines Leistungsanspruchs der Versicherten unterliegt die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel in der Regel keiner Genehmigungspflicht (§ 29 BMV-Ä) und fällt nicht unter das Regime des § 13 Abs. 3a SGB V . Dies gilt nicht bei der der Verordnung von

Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes (Off-Label-Use) sowie bei Importarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) . Hier kann die Krankenkasse im Vorfeld eingeschaltet werden bzw. ist aufgrund entsprechender vertraglicher Verpflichtungen im Vorfeld einzuschalten. In diesen Fällen ist § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine Besonderheit besteht auch bei der Verordnung von Festbetragsarzneimitteln. Hier können Versicherte bei Vorliegen eines atypischen Ausnahmefalls, in dem aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag nicht möglich ist, die Übernahme der Mehrkosten oberhalb des Festbetrags bei ihrer Krankenkasse beantragen. Ein derartiger Fall kann vorliegen, wenn die festbetragsgebundenen Arzneimittel objektiv festgestellte unerwünschte Nebenwirkungen im Sinne einer wesentlichen Bedingung verursachen, die die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. In diesen Fällen ist ebenfalls § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine weitere Besonderheit gibt es bei der Verordnung von Cannabis nach § 31 Abs. 6 SGB V . Hier hat die die Krankenkasse bei der ersten Verordnung vor Beginn der Leistung eine Genehmigung unter Beachtung des § 13 Abs. 3a SGB V zu erteilen. Wird die Leistung jedoch im Rahmen der Versorgung nach § 37b SGB V (SAPV) verordnet, ist abweichend von der Fristenregelung des § 13 Abs. 3a SGB V über den Antrag innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Dies gilt auch bei einer vertragsärztlichen Verordnung im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und erstreckt sich auch auf Verordnungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V ausgestellt werden. Weitere Verordnungen zur Anpassung der Dosierung von Cannabis oder, um zwischen getrockneten Cannabisblüten oder zwischen Cannabisextrakten in standardisierter Qualität zu wechseln, bedürfen keiner erneuten Genehmigung. Im Weiteren ist auch hier § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

20. **Heilmittel** nach § 32 SGB V ,

Anmerkung:

Gemäß § 32 Abs. 1c SGB V bedürfen Verordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 nun keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse. Auch die Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalls ist entfallen. Die neuen Heilmittelrichtlinien sind zum 01.01.2021 in Kraft getreten. Derartige Leistungen können Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.4 .

21. **Hilfsmittel** nach § 24e bzw. § 33 SGB V ,

Ausnahme:

Zu bestimmten Produkten (z. B. Bandagen, Kompressionsstrümpfe) bestehen Genehmigungsfreigrenzen; das heißt, die Krankenkassen verzichten gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen auf eine vorherige Leistungsbewilligung.

Anmerkung:

Es kann vertraglich vereinbart sein, dass Hilfsmittel trotz bestehender vorheriger Genehmigungspflicht vorab geliefert werden dürfen. In diesen Fällen nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen somit bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den vertraglichen Regelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V findet grds. bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Anwendung, die zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V bestimmt sind. Eine Hilfsmittelversorgung, die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dient, fällt unter das Fristenregime nach dem SGB IX. In diesem Zusammenhang wird auf das GR zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vom 18.06.2001 in der Fassung vom 01.04.2019 verwiesen.

22. **Digitale Gesundheitsanwendungen** nach § 33a SGB V ,

Anmerkung:

Die Versorgung mit einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) kann nach der Ausstellung einer Verordnung der ärztlich oder psychotherapeutisch Behandelnden mittels Muster 16 erfolgen. Die Verordnung ist der Krankenkasse einzureichen, die den Leistungsberechtigten dann einen Freischaltcode (Rezept-Code) übermittelt, der in der entsprechenden DiGA einzugeben ist. Die Herstellenden der DiGA lassen die Gültigkeit des Codes von den Krankenkassen prüfen, um ihn abschließend freischalten zu können. Versicherte können die DiGA erst dann als Sachleistung in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund wird daher beim Einreichen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verordnung empfohlen, sich an den Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V zu orientieren.

Darüber hinaus ist gesetzlich ebenfalls vorgesehen, dass die Versorgung mit einer DiGA - auch ohne ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung - auf Antrag der Versicherten mit Genehmigung der Krankenkasse erfolgen kann, sodass diese dann zu prüfen hat, ob das Vorliegen der medizinischen Indikation für die DiGA nachgewiesen ist. In diesem Fall sind die Fristen und sonstigen Vorgaben gemäß § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

23. **Häusliche Pflege** nach § 24g SGB V bzw. **Häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V ,

Anmerkung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V :

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 4 SGB V , wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

24. **Soziotherapie** nach § 37a SGB V ,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V , wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 9 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

25. **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach § 37b SGB V ,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V , wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 8 Satz 1 der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie). Somit nehmen Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

26. **Haushaltshilfe** nach § 24h bzw. § 38 SGB V ,
27. **Entbindung** nach § 24f SGB V bzw. **Krankenhausbehandlung** nach § 39 SGB V ,

Anmerkung:

Die Entscheidungsabläufe bei der Inanspruchnahme zur Krankenhausbehandlung sind unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragen Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 i. V. m. Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihnen gegenüber durch Verwaltungsakt. Werden sie dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MD, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine - ggf. befristete - Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist.

Für eine Entbindung nach § 24f SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen. Die Versicherte hat ein Wahlrecht bezüglich des Entbindungsortes und benötigt hierfür grundsätzlich keine Kostenzusage ihrer Krankenkasse. Beantragt sie dennoch im Vorfeld die Kostenübernahme für eine Entbindung, so entscheidet auch in diesem Fall die Krankenkasse über den Antrag und erlässt gegenüber der Versicherten einen Verwaltungsakt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die versichertenseitige Beantragung der Krankenhausbehandlung oder der Entbindung vor deren jeweiligem Beginn. In den übrigen Fällen nehmen Versicherte die Krankenhausbehandlung oder Entbindung bereits in Anspruch, so dass die Notwendigkeit für eine Selbstbeschaffung nicht mehr besteht. Demgemäß sind Überprüfungen im Rahmen des § 275 Abs. 1c SGB V ebenfalls nicht erfasst.

28. **Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen** an Versicherte nach § 39a Abs. 1 SGB V ,
29. **Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** gemäß § 39c SGB V ,
30. **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation** nach § 43 SGB V ,

Ausnahme:

Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind die in § 43 SGB V in Bezug genommenen Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 sowie § 73 und § 74 SGB IX (siehe Abschnitt 4.4.5).

31. **Zahnersatz** nach § 55 SGB V ,

Ausnahme:

- a. Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind nicht bewilligungsbedürftig (vgl. Abschnitt 5. und 7 .c) der Anlage 2 zum BMV-Z sowie § 1 Abs. 2 der Anlage 6 des BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- b.

Nicht bewilligungsbedürftig ist auch der sich während der Zahnersatzversorgung ergebende notwendige Stiftaufbau nach den Befunden 1.4 und 1.5 der Festzuschuss-Richtlinie (vgl. § 1 Abs. 2 der Anlage 6 BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.

- c. Hinweise der Versicherten auf eine mangelhafte Zahnersatzversorgung, die die Krankenkasse zur Einholung eines Mängelgutachtens veranlasst, sind nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da es sich hierbei zum einen nicht um einen Leistungsantrag der Versicherten handelt und es zum anderen um die Prüfung einer bereits gewährten Leistung geht. Aufgrund einer mangelhaften Zahnersatzversorgung erfolgte Anträge der Leistungsberechtigten auf eine Neuversorgung - ggf. auch innerhalb der Gewährleistungsfrist nach § 137 Abs. 4 SGB V - sind hingegen von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst.

32. **Fahrkosten** nach § 60 SGB V , soweit eine vorherige Genehmigungspflicht besteht,

Ausnahme:

Fälle, in denen Versicherte - ggf. nach vorheriger Genehmigung - eine Erstattung der entstandenen Kosten für Fahrten beantragen, die mit dem öffentlichen Verkehrsmittel, dem PKW oder Taxi durchgeführt wurden, sind ebenfalls nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind des Weiteren die Fahr- und Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V (siehe Abschnitt 4.4.5).

33. Leistungen im Rahmen eines **Persönlichen Budgets** (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V , § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V , § 29 SGB IX).

Anmerkung:

Auf beantragte Leistungen im Rahmen eines trägerspezifischen persönlichen Budgets sowie auf beantragte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets ist § 13 Abs. 3a SGB V anwendbar, soweit es sich nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Zur Anwendbarkeit der §§ 14 bis 24 SGB IX in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und trägerübergreifende persönliche Budgets siehe Abschnitt 4.4.5 . Wird die Einbindung einer Leistung zur Krankenbehandlung in ein trägerübergreifendes persönliches Budget beantragt, so findet auf diese beantragte Leistung § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung.

(7) Darüber hinaus besteht zu bestimmten Leistungen zwar keine ausdrückliche Genehmigungspflicht. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass **Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse stellen (z. B. Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V)**. Auch in solchen Fällen gilt § 13 Abs. 3a SGB V .