



Mitglied des Deutschen Bundestages
Frau Maria Klein-Schmeink
11011 Berlin

Ulrike Flach

Parlamentarische Staatssekretärin
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070

FAX +49 (0)30 18441-1074

E-MAIL ulrike.flach@bmg.bund.de

Berlin, 23. April 2013

Schriftliche Fragen im April 2013
Arbeitsnummern 4/99 und 4/100

Sehr geehrte Frau Kollegin,

liebe Frau Klein-Schmeink!

Ihre o. a. Fragen beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 4/99:

Ist nach Auffassung der Bundesregierung der neu eingefügte § 13 Absatz 3a SGB V so auszulegen, dass durch ihn auch ein Kostenübernahmeantrag im Rahmen der Psychotherapie erfasst ist und somit ein gesetzlich Versicherter einen Anspruch darauf hat, dass sein Kostenübernahmeantrag zu bewilligen ist, wenn ihm nicht ein anderweitiger Therapieplatz, bei dem eine Behandlung sofort begonnen werden kann, von den Krankenkassen binnen drei Wochen benannt wird?

Antwort:

Nach der durch das Patientenrechtegesetz in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingefügten Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, bei Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Bei Anträgen auf Leistungen der Psychotherapie wird regelmäßig ein Gutachterverfahren durchgeführt, so dass spätestens innerhalb von fünf Wochen von der Krankenkasse zu entscheiden ist.

Wenn Versicherte keine zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Therapeuten finden, kommt grundsätzlich die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Therapeuten im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V in Betracht. Hiernach sind von der Krankenkasse Kosten in der entstandenen Höhe für eine selbstbeschaffte notwendige Leistung zu erstatten, wenn die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig von der Krankenkasse erbracht

werden konnte. Auf den Ablauf der Fristen des § 13 Absatz 3a SGB V können sich nach hiesiger Einschätzung auch Versicherte berufen, die gegenüber ihrer Krankenkasse einen Leistungsantrag gestellt haben, der sich auf die Inanspruchnahme eines nicht zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Therapeuten in den Fällen fehlender Behandlungskapazitäten bezieht.

Frage Nr. 4/100:

Gilt nach Auffassung der Bundesregierung bei einer Behandlung im Kostenerstattungsverfahren die Abrechnung im Rahmen einer Privatbehandlung, also nach GOP/GOÄ, und hat der gesetzlich Versicherte Anspruch auf Erstattung dieses Honorar-Satzes oder aber des Honorar-Satzes nach EBM, wenn er vorher den Kostenübernahmeantrag an seine GKV-Kasse gestellt hat und er nachweist, dass in den nächsten Wochen und Monaten keine Therapie bei einem zugelassenen Psychotherapeuten möglich ist?

Antwort:

Liegen die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V vor, hat der Versicherte nicht nur Anspruch auf die Erstattung der Kosten, die die Krankenkasse für den Fall der Erbringung als Sachleistung hätte aufwenden müssen, sondern auf die Kosten in der tatsächlich entstandenen Höhe.

Mit freundlichen Grüßen

