

Kostenerstattung als Wahlrecht der Patienten

31.12.2018

Gemäß Paragraph 13 Abs. 2 SGB V (Kostenerstattung) haben Versicherte die Möglichkeit, anstelle der Sachleistung ihrer Krankenkasse die Kostenerstattung zu wählen. Sie gehen dann bei privater Rechnungsstellung durch ihre Behandler in Vorleistung und reichen die Arztrechnungen bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung ein.

Der Gesetzgeber hatte bei Einführung die Vorstellung, das Kostenerstattungsprinzip würde Patienten zu „Kostenbewusstsein erziehen“, wenn sie einmal die durch sie veranlassten Beträge mit eigenen Augen sehen würden. Zudem sollten Patienten die Möglichkeit erhalten, genauer zu prüfen, ob die ärztliche Rechnungsstellung mit der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme auch zusammenpasst. Denn beim Sachleistungsprinzip haben Patienten keinerlei Kontrollmöglichkeiten über die Richtigkeit der Abrechnung von Behandlungen, weil die Behandlerin bzw. der Behandler unmittelbar mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnet.

Die Wahl der Kostenerstattung muss vor Inanspruchnahme einer Leistung erfolgen, indem ein/e Patient/in die Krankenkasse darüber informiert, dass sie oder er sich für das Kostenerstattungsverfahren entscheidet. An diese Erklärung sind Patienten ein Quartal lang gebunden. Die Satzungen der Krankenkassen enthalten die Einzelregelungen zum Verfahren der Wahlleistung Kostenerstattung. Sie können dabei u.a. Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5 % vom Erstattungsbetrag gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten einbehalten.

Eine Ausweitung des Leistungsumfanges der Krankenkassen ist durch die Wahl der Kostenerstattung nicht zu erreichen, auch keine höhere Behandlungsvergütung, die bei den Kassen geltend gemacht werden könnte. Anspruch auf Erstattung besteht bis zur Höhe der Vergütung, die für die Krankenkasse auch bei einer Sachleistung angefallen wäre. Behandler müssen Patienten zudem vor Inanspruchnahme der Leistung darüber in Textform informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von ihnen selbst zu tragen sind, wenn sie nicht ihren Honoraranspruch gefährden wollen.¹

Nachteilig ist auch, dass Patienten bei Aufsuchen von Ärzten und Psychotherapeuten dann jedes Mal in Vorleistung gehen müssen und nicht sicher wissen, was Ihnen später erstattet wird. Dies auch, weil allein die GKV-Leistung, die über Krankenkassenkarte abgerechnet worden wäre, zugrunde gelegt wird, Abzüge für Arzneimittel- und Apothekenrabatte eine Rolle spielen könnten wie auch die Umrechnung in eine Euro-Rechnung vor dem Hintergrund des vertragsärztlichen Gesamtbudgets, das die Kassen jedes Quartal befreiend an die KV leisten, gewisse Schwierigkeiten bereitet. Generell sind die Ausgaben für die Wahl-Kostenerstattung auf das an die KV befreiend geleistete Gesamtbudget anzurechnen. Es ist somit damit zu rechnen, dass der Betrag nicht 1:1, sondern reduziert erstattet wird. Jedoch besteht die Möglichkeit, private Zusatzversicherungen abzuschließen, die eine etwaige Differenz, die die PKV/GKV nicht übernehmen, ausgleichen.

Der Patient kann sich bei diesem Wahlrecht statt generell Kostenerstattung zu wählen auch auf nur einen Versorgungsbereich festlegen, z.B.

- Ambulante ärztliche oder zahnärztliche Versorgung
- Stationärer Bereich
- veranlasste ambulante Leistungen (z.B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, ambulante und stationäre Vorsorge/Reha-Leistungen)

Allein die Wahl-Kostenerstattung auf Psychotherapie zu beschränken, dürfte ein schwieriges Unterfangen sein, denn es geht bei der Wahl-Kostenerstattung um Versorgungsbereiche und nicht einzelne Leistungsarten.

Ein Vorteil kann dennoch sein, dass auch nicht zugelassene Leistungserbringer (**Privatpraxen**) von Patienten beauftragt werden können.² Diese dürfen allerdings nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden, denn die ersuchten Leistungen sind auch hier vor der Inanspruchnahme bei der Krankenkasse zu erfragen / zu beantragen. Die Zustimmung von der Krankenkasse kann dann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Eine Notlagenprüfung, ob eine unaufschiebbare Behandlungsnotwendigkeit besteht, erfolgt hier nicht. Die Zustimmung ist eine Ermessensentscheidung, die ggf. durch einen Richter/innenspruch ersetzt werden kann. Das ist dann der Fall, wenn das Ermessen der Krankenkasse nach pflichtgemäßer Abwägung nur *eine* Entscheidung zugelassen hätte bzw., wie es fachterminologisch heißt, „auf Null reduziert“ war und die Krankenkasse dennoch anders (abschlägig) entschieden hat.

Abzüge vom vertragsärztlichen Gesamthonorar erfolgen bei Kostenerstattung für nicht zugelassene Leistungserbringer nicht.³ Allerdings stellt sich dieses Problem bei Psychotherapie auch nicht gravierend, weil alle psychotherapeutischen Hauptleistungen außerhalb vom gedeckelten vertragsärztlichen Gesamthonorar direkt gemäß ihrem EBM-Wert von den Krankenkassen bezahlt werden.

- 1 § 630c Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) - Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten
Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.
- 2 § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V - Kostenerstattung
- 3 § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten