

Kostenerstattung für GKV-Versicherte

Die gesetzlichen Regelungen

Bislang hatten lediglich die freiwilligen Mitglieder sowie ihre versicherten Familienangehörigen das Recht, an Stelle von Sachleistungen Kostenerstattung zu wählen.

Wer kann Kostenerstattung beanspruchen?

Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 01.01.2004 ist die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung auf alle GKV-Versicherten ausgeweitet worden.

Nunmehr können alle Pflicht- und freiwillig Versicherten die Kostenerstattung wählen.

Die gesetzlichen Regelungen über die **Kostenerstattung** für gesetzlich Versicherte finden sich in § 13 Absatz 2, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Der Gesetzgeber verfolgt mit dieser Maßnahme das Ziel, die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten vor der Wahl der Kostenerstattung zu beraten.

Wie funktioniert Kostenerstattung?

Im Rahmen der Kostenerstattung rechnet der Arzt direkt mit dem Patienten auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

Der Versicherte reicht dann die Rechnung bei seiner Krankenkasse zur Erstattung ein. Der Erstattungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse ist jedoch vom Umfang her auf die Höhe der Vergütung begrenzt, die die Krankenkasse bei Einbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen müssen die Krankenkassen Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Abzug bringen. Weist der Versicherte allerdings nach, dass er von Zahlungsverpflichtung befreit ist, findet diese Befreiung auch bei der Kostenerstattung Anwendung.

An ihre Entscheidung für die Kostenerstattung sind die Versicherten mindestens ein Jahr gebunden.

Jedoch wird den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, die Wahl der Kostenerstattung lediglich auf den Bereich der ambulanten Behandlung zu beschränken.

In diesem Fall gilt das Kostenerstattungsprinzip nur für ambulante Leistungen, während stationäre Leistungen nach wie vor als Sachleistungen erbracht werden.

Eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung ausschließlich auf bestimmte ambulante Leistungen, wie z.B. ausgewählte Leistungserbringer, ist jedoch nicht möglich.

Die Wahl der Kostenerstattung ermöglicht es dem Versicherten, auch nicht zugelassene Leistungserbringer (wie z.B. die Behandlung durch Prof. Dr. Maier) im Inland nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch zu nehmen.

Voraussetzung ist jedoch, dass eine zur zugelassenen Leistungserbringung gleichwertige Qualität gewährleistet ist.

Ist die Wahl der Kostenerstattung für den Versicherten attraktiv?

Die Abrechnung nach der GOÄ und eine direkte Rechnungslegung bietet dem Versicherten eine vollständige Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und die damit verursachten Kosten.

Dies fördert unmittelbar die Einbindung des Versicherten in das Therapiesgeschehen, stärkt die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein.

Der Patient erhält einen größeren Einblick in das Therapiesgeschehen und wird zum Partner des Arztes.

Insbesondere für die Gruppe der freiwillig Versicherten stellt die Kostenerstattung auch in finanzieller Hinsicht eine attraktive Option dar.

Für freiwillig Versicherte ist die Wahl der Kostenerstattung Voraussetzung für den Abschluss eines Selbstbehalttarifes nach § 53 SGB V. Zusammen mit der Inanspruchnahme der Beitragsrückerstattung gemäß § 54 SGB V kann sich hieraus eine erhebliche Beitragsermäßigung für den Versicherten ergeben.

Der GKV-Versicherte, der die Kostenerstattung gewählt hat, kann sich wie ein Privatpatient behandeln lassen und auch sämtliche Serviceleistungen, die Privatversicherten gewährt werden, erhalten.

Etwaige Budgetrestriktionen des Arztes bekommt er nicht #zu spüren. Lange Wartezeiten und Verschiebungen von Behandlungsterminen und Verordnungen auf das nächste Quartal als Konsequenz von ausgelasteten Praxisbudgets, betreffen ihn nicht. Dieses Mehr an Service und Patientenorientierung wird der GKV-Versicherte zu schätzen wissen.

Die Wahl der Kostenerstattung muss nicht zu einem erhöhten Restkostenrisiko für den Versicherten werden.

Zwar kann sich aufgrund der Abrechnung nach der GOÄ in vielen Fällen ein höherer Rechnungsbetrag als im Rahmen des Sachleistungsprinzips ergeben, der von den Krankenkassen nicht erstattet wird.

Die Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen zu einer zusätzlichen Minderung des Erstattungsbetrages.

Diesem Restkostenrisiko kann der Versicherte allerdings mit dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung begegnen.

Fast alle privaten Krankenversicherungsunternehmen haben entsprechende Kostenerstattungstarife in ihrem Angebot. In Verbindung mit einer Erweiterung dieser Zusatzversicherung um Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmer-Zuschläge im Krankenhaus und Auslandskrankenversicherungsschutz kann hieraus auch für den GKV-Pflichtversicherten ein individuelles umfassendes Versicherungsschutzpaket entstehen, das ein optimale medizinische Versorgung auf dem Niveau eines Privatpatienten gewährt.

Wer kooperiert mit wem ?

Stand: Februar 2004

GKV-Kasse	PKV-Unternehmen
AOK Niedersachsen	Alte Oldenburger Krankenversicherung
AOK Baden-Württemberg	Union Krankenversicherung
AOK (außer Nieders. / Baden- Württemb.)	Deutsche Krankenversicherung (DKV)
AOK Bayern	Versicherungskammer Bayern
Barmer Ersatzkasse (BEK)	HUK Coburg Krankenversicherung
Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) Hanseatische Krankenkassen	Hanse-Merkur Versicherungsgruppe
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)	LVM

Techniker Krankenkasse (TK)	Central Versicherungsgruppe (ENVIVAS)
IKK Bundesverband	Signal Iduna Gruppe
IKK Westfalen	Signal Iduna Krankenversicherung AG
Deutsche BKK	Deutsche Krankenversicherung (DKV)
BKK Siemens, BKK Aktiv	Deutsche Krankenversicherung (DKV)
Bahn-BKK	DEVK
BKK Gesundheit	Asstel Krankenversicherung AG
Novitas Vereinigte BKK	Axa Krankenversicherung AG

Quelle:

Hartmannbund, Verband der Ärzte Deutschlands