

Gesetzlich versichert und trotzdem Privatpatient

Neuregelung des Kostenerstattungswahlrechts

Was hat sich geändert?

Gesetzlich Krankenversicherte können seit April 2007 durch eine Neuregelung des Sozialgesetzbuchs (§ 13 Abs. 2 SGB V Abs. 2) von ihrem Kostenerstattungswahlrecht noch differenzierter Gebrauch machen. Den Gesetzestext der wesentlichen Abschnitte im Wortlaut finden sie auf Seite 4 oder komplett unter:

www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_13.html

Für wen ist das sinnvoll?

Für Patienten, denen notwendige Heilmittel vom Arzt nicht verordnet werden unter Hinweis auf Budgetierung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen oder nicht gegebene Verordnungsfähigkeit.

Was sind Heilmittel?

Leistungen der Physiotherapie (Massage, Krankengymnastik etc.), Ergotherapie, Logopädie und Podologie (für Diabetiker)

Welche Möglichkeiten gibt es

Es gibt in der gesetzlichen Krankenversicherung zwei Möglichkeiten der Leistung - Sachleistungsverfahren und Kostenerstattungsverfahren:

Sachleistungsverfahren:

Das bedeutet, daß die Krankenkasse die Kosten in Höhe der vereinbarten Vergütungen bzw. Festbeträge trägt. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse. Der Arzt verordnet zu Lasten der Krankenkasse und kann daher durch Budgetierung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressansprüche bei Budgetüberschreitungen in seinen Verordnungsmöglichkeiten erheblich behindert werden. Dieses Verfahren findet ausschließlich bei den gesetzlichen Krankenkassen Anwendung, In der privaten Krankenversicherung werden Leistungen im Kostenerstattungsverfahren erbracht.

Kostenerstattungsverfahren:

Das bedeutet für den Versicherten, dass er die Leistungen zunächst selbst bezahlen muss und im Nachgang mit seiner Krankenkasse abrechnet. Eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger ist nicht möglich. Der Arzt verordnet zu Lasten des Patienten und nicht der Krankenkasse, daher kann er auch nicht von dieser reglementiert werden. In der privaten Krankenversicherung werden Leistungen immer nach dem Kostenerstattungsverfahren erbracht.

Wie waren die bisherigen Regelungen?

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird üblicherweise im Sachleistungsverfahren abgerechnet.

Es bestand zwar auch bisher schon ein Wahlrecht zwischen Sachleistung und Kostenerstattung für die Versicherten, jedoch nur für den gesamten Leistungsumfang. Das war allerdings ausgesprochen unattraktiv, da die Sätze der gesetzlichen Krankenkassen häufig nur einen Bruchteil der in Rechnung gestellten Privatsätze abdeckten.

Der Rest musste durch eine private Zusatzversicherung abgedeckt oder selbst getragen werden.

Was hat sich geändert?

Seit April 2007 besteht dieses Wahlrecht auch für Teilbereiche des Leistungsspektrums. Der Versicherte kann in einzelnen Leistungsbereichen, beispielsweise für vom behandelnden Arzt veranlasste Leistungen (z.B. Arzneimittel, Verbandsmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel) Kostenerstattung wählen, während andere Leistungsbereiche (z.B. stationäre, ärztliche oder zahnärztliche Behandlung) weiterhin als Sachleistung abgerechnet werden.

Wie funktioniert die Kostenerstattung?

Der Patient bekommt vom Arzt ein Privat Rezept für die verordnete Leistung. Damit geht er zu einem Leistungserbringer seiner Wahl, z.B zu einem Masseur oder Physiotherapeuten. Nach erbrachter Leistung erhält der Patient eine Rechnung, die er selbst begleichen muss. Er reicht diese bei seiner Krankenkasse zur Erstattung ein. Die Krankenkasse erstattet den Betrag, den sie als Sachleistung gezahlt hätte und behält für den Verwaltungsaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen einen Abschlag ein. Die von jedem gesetzlich Versicherten geforderte Selbstbeteiligung muss der Patient zusätzlich beisteuern.

Beispiel:	Sachleistung	Kostenerstattung
6x Fango + Massage	g	g
Gesetzlicher Eigenanteil 10%	10,44 €	10,44 €
Verordnungsblattgebühr (einmalig pro Verordnung)	-10 €	-10 €
Abschlag Verwaltungskosten Wirtschaftlichkeitsprüfung		10,44 €
Summe der Eigenleistung	20,44 €	30,88 €

Vorteile der Kostenerstattung

Wird Kostenerstattung gewählt, ist der Arzt nicht mehr durch Budgetierung, drohende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressansprüche gezwungen, notwendige Verordnungen zu beschränken oder zu verweigern und kann ausschließlich nach medizinischen Kriterien verordnen.

Nachteile der Kostenerstattung

Für den Patienten bedeutet Kostenerstattung erhöhten Verwaltungsaufwand, er muss die Rechnungen seines Therapeuten selbst überweisen und bei der Krankenkasse einreichen.

Der Patient sollte vor der Behandlung mit dem Therapeuten den Umfang der für die Erstattungssätze der gesetzlichen Krankenkasse erbrachten Leistung klären. Die Vergütung für eventuellen Mehraufwand muss vereinbart werden.

Der Erstattungsbetrag wird nach den gesetzlichen Vorgaben neben der gesetzlichen

Selbstbeteiligung noch um einen Abschlag für Verwaltungsaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung gekürzt.

Dieser Abschlag beträgt bei Rechnungen von inländischen Leistungserbringer 10% mindestens jedoch 5,00 € höchstens 50,00 €. Bei Rechnungen von Leistungserbringer aus einem anderen Land des Europäischen Wirtschaftsraums 12%, mindestens jedoch 6,00 € höchstens 55,00€.

Kostenvergleich

Die Berechnungsweise führt dazu, daß der prozentuale Eigenanteil mit zunehmendem Rezeptwert abnimmt. Beim Sachleistungsverfahren schreiben die Heilmittelrichtlinien bestimmte Höchstmengen pro Rezept vor, z.B. 6x Fango und Massage, wobei maximal 2 Positionen auf einem Rezept sein dürfen. Bei der Kostenerstattung auf Privatrezept dagegen können bei voraussichtlich längerfristigen Erkrankungen auch mehr als 2 Positionen in höherer Stückzahl verordnet werden

Wie wählt man Kostenerstattung ?

Mit formlosem Schreiben an die Krankenkasse folgenden Inhalts:

„Ich möchte ausschließlich für den Bereich der Heilmittel Kostenerstattung wählen. Bitte schicken sie mir die entsprechenden Unterlagen zu“

Bei Familienversicherten muss im Anschreiben noch „Für folgende versicherte Familienmitglieder ergänzt werden. Bei Bedarf kann auch zusätzlich Kostenerstattung für Hilfsmittel (Einlagen, Kompressionsstrümpfe, Rollstühle etc.) gewählt werden.

Was ist noch zu beachten

Im Gesetz heißt es „Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich“. Das ist etwas unklar formuliert. Es bedeutet nicht, daß für alle veranlassten Leistungen zusammen Kostenerstattung gewählt werden muss. Veranlasste Leistungen bedeutet Heilmittel, Hilfsmittel und verordnete Medikamente. Die Wahl der Kostenerstattung für alle veranlassten Leistungen kann teuer werden, vor allem wenn regelmäßig Medikamente benötigt werden. Lesen Sie die Formulare der Krankenkasse sorgfältig durch! Achten sie darauf, ausschließlich den Bereich der Heilmittel zu wählen, es sei denn sie sehen trotz medizinischer Indikation keine andere Möglichkeit ein erstattungsfähiges Medikament verordnet zu bekommen.

§ 13 Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren,

dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

Das Gesetz im Wortlaut

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht. (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.

Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.

Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.

Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.