

Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V bei der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip erbracht. Das heißt, die von den Kassenkassen zugelassenen Ärzt*innen, Kliniken und anderen Leistungserbringer rechnen nicht mit den Patient*innen, sondern über die „elektronische Gesundheitskarte“ direkt mit deren Krankenkassen ab.

In § 13 SGB V gibt jedoch Ausnahmen von dieser Regel:

1. Versicherte können sich anstelle der Inanspruchnahme von Sach- oder Dienstleistungen für die ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) für das sogenannte Kostenerstattungsverfahren entscheiden - und zwar auch jeweils separat nur für die ärztliche, zahnärztliche oder klinische Behandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V).
Sie müssen vorab eine schriftlich Mitteilung bei ihrer Krankenkasse ausfüllen und sind dann für mindestens 3 Monate an ihre Entscheidung gebunden.

Bei dem Kostenerstattungsverfahren rechnen die behandelnden Ärzt*innen nicht über die „elektronische Gesundheitskarte“ mit der Krankenkasse ab (§ 15 SGB V), sondern erstellen eine Privatrechnung für die Patient*innen, die diese dann bei ihrer Krankenkasse einreichen (ähnlich wie bei den privaten Krankenversicherungen, die übrigens keine „Gesundheitskarten“ eingeführt haben).

Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse ist jedoch höchstens auf die Vergütung beschränkt, die die gesetzliche Krankenkasse bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, wenn die Ärzt*innen direkt mit der Krankenkasse abrechnet.

Mit den behandelnden Ärzt*innen sollte also eine Absprache dahingehend getroffen werden, dass er/sie nur den einfachen Satz einer Kassenbehandlung in Rechnung stellt (anstatt den 2,3 bis 3 fachen Satz, der bei der Abrechnung mit einer privaten KV möglich ist). Für die behandelnden Ärzt*innen muß das nicht von Nachteil sein, weil sich diese „Privat“behandlungen im Kostenerstattungsverfahren nicht auf ihr Budget auswirken.

Darüber hinaus können die Krankenkassen Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von bis zu höchstens 5 Prozent der Rechnung bzw. des Betrages, den sie erstatten in Abzug bringen. Die genaue Höhe müssen die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln.

Hinweis: Ärzt*innen und andere Leistungserbringer, die keine kassenärztliche Zulassung haben, dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Voraussetzung eine solche Genehmigung ist, dass medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Ärzte rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

2. Zudem kommt eine Erstattung der Kosten einer notwendigen Behandlung in Betracht, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.
(§ 13 Abs. 3 SGB V)

3. Die Krankenkasse kann auch dann zur Erstattung der Kosten einer Leistung verpflichtet sein, wenn sie über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb bestimmter Fristen entschieden hat. Die Krankenkasse hat über einen Leistungsantrag (z.B. für eine Reha oder ein Hilfsmittel) zügig, normalerweise innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. In Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, beträgt die Frist 5 Wochen nach Antragseingang (§ 13 Abs. 3a SGB V)
Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, so hat sie dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitzuteilen. Ohne eine Mitteilung eines wichtigen Grundes gilt die Leistung nach Ablauf der genannten Fristen als bewilligt! (siehe auch Urteile des Bundessozialgerichtes vom 7.11.2017 zu sog. Genehmigungsfiktion; Az. B 1 KR 2/17 R u.a.).
Hat sich der/die Leistungsberechtigte die erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet

4. Versicherte sind auch berechtigt, Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, wenn die Behandlungen im anderen Staat nicht aufgrund eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen. (§ 13 Abs. 4 und § 18 SGB V)
Kostenerstattungen für Krankenhausleistungen im Ausland (§ 39 SGB V) können jedoch nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. (§ 13 Abs. 5 SGB V)

Gesetzestexte siehe:

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/13.html>