

Kostenerstattung

Normen

§ 13 Abs. 1 und 2 SGB V

Gemeinsames Rundschreiben zum GMG vom 26.11.2003

Gemeinsames Rundschreiben zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 09.03.2007, Stand 18.05.2007

§ 13 Abs. 3a SGB V

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V i.d.F. vom 17.06.2021

Kurzinfo

Alle Versicherten haben die Möglichkeit, den Wahltarif "Kostenerstattung" zu wählen. Die Versicherten haben ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Die Wahl der Kostenerstattung erfolgt durch einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung gegenüber der Krankenkasse. Das Gesetz sieht keine besondere Form vor; ein Schriftformerfordernis kann aber mit dem Erstattungsverfahren in der Satzung geregelt werden, § 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V. Der Zugang der Willenserklärung ist Wirksamkeitsvoraussetzung. Schränkt der Versicherte bei der Wahlerklärung die Kostenerstattung zulässigerweise auf einen oder mehrere Bereiche ein, bleibt es für alle übrigen Bereiche beim Sachleistungsprinzip.

Die Wahlmöglichkeit hat kaum eine praktische Bedeutung. Dies liegt vor allem daran, dass der Erstattungsumfang regelmäßig niedriger liegt als die tatsächlichen Kosten des Versicherten. Die Kostenwahl gem. § 13 Abs. 2 SGB V ist deshalb für den Versicherten wirtschaftlich unattraktiv. Eine wirtschaftlich interessante Kostenerstattung kann sich aus dem Wahltarif gem. § 53 Abs. 4 SGB V ergeben.

Neben § 13 Abs. 2 SGB V ist mit § 53 Abs. 4 SGB V eine weitere Möglichkeit geschaffen, Leistungen der Krankenversicherung außerhalb des Sachleistungssystems gegen Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Beide Möglichkeiten der Wahl der Kostenerstattung stehen selbstständig nebeneinander und können nicht gleichzeitig gewählt werden. Im Gegensatz zu § 13 Abs. 2 SGB V ist die Höhe der Kostenerstattung nicht vom Gesetz geregelt, sondern kann von der Krankenkasse in der Satzung geregelt werden.

Information

Inhaltsübersicht

1. Wahl der Kostenerstattung
2. Informationspflichten
3. Umfang der Kostenerstattung
4. Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer
5. Satzungsbestimmung
6. Kostenerstattung bei Versagen des Sachleistungssystems (§ 13 Abs. 3 SGB V)
 - 6.1 § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Variante SGB V, Notfall
 - 6.2 § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Variante SGB V, rechtswidrige Ablehnung
 - 6.3 Rechtsfolge des § 13 Abs. 3 SGB V
7. Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V

1. Wahl der Kostenerstattung

Nach § 13 Abs. 1 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Hierüber haben die Versicherten ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu

setzen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung nicht mehr mindestens ein Jahr, sondern nur noch ein Kalendervierteljahr gebunden.

Die Wahl zur Inanspruchnahme der Möglichkeit der Kostenerstattung ist jedem Versicherten für seine Person selbst - also auch den familienversicherten Angehörigen - vorbehalten. Dabei sind die in § 36 SGB I definierten Vorgaben der Handlungsfähigkeit - grundsätzlich mit Vollendung des 15. Lebensjahres - zu berücksichtigen. Bei unterschiedlichen Wahlentscheidungen sind insoweit unterschiedliche Formen der Leistungsanspruchnahme innerhalb eines Familienverbundes möglich.

Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen begrenzt werden. Entscheidet sich der Versicherte beispielsweise bei der Behandlung durch einen Allgemeinarzt für die Kostenerstattung, gilt diese Wahl für den gesamten Bereich der ärztlichen Behandlung, d.h. also auch für eine ggf. später daneben notwendige fachärztliche Behandlung. Bei veranlassten Leistungen ist im Gesetz offen geblieben, ob die Wahl für sämtliche oder nur für einzelne veranlasste Leistungen (z.B. Leistungsart Heilmittel) möglich ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Wahl auch nur für einzelne veranlasste Leistungen unter Berücksichtigung der Bindungswirkung von einem Kalendervierteljahr erfolgen kann. Zu den "veranlassten Leistungen" gehören vom behandelnden Arzt verordnete Leistungen wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege usw.

2. Informationspflichten

Wählt ein Versicherter Kostenerstattung, besteht eine Informationspflicht des Leistungserbringers an die Versicherten. Diese hat den Hinweis zu beinhalten, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind.

Auch der Versicherte hat eine Informationspflicht gegenüber der Krankenkasse. Es wird allerdings als ausreichend angesehen, wenn der Versicherte die Krankenkasse vor der erstmaligen Leistungsanspruchnahme über seine Wahl informiert. Eine erneute Information ist lediglich notwendig, wenn und soweit die Wahl der Kostenerstattung auf andere Leistungsbereiche bzw. auf veranlasste Leistungen ausgedehnt werden soll.

3. Umfang der Kostenerstattung

Der Arzt stellt dem Versicherten, der die Kostenerstattung gewählt hat, die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung. Der Versicherte hat die Kosten für die Behandlung i.d.R. zunächst zu verauslagern (wenn er mit seinem Arzt nichts anderes vereinbart) und kann die Rechnung des Arztes/Zahnarztes bei seiner Krankenkasse einreichen, die ihm die Kosten erstattet, die bei einer vertragsärztlichen Behandlung angefallen wären. Den Differenzbetrag muss der Versicherte selbst tragen.

Will ein Versicherter für verordnete Arzneimittel oder Verbandmittel die Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung dieser Arznei- oder Verbandmittel auf dem Ordnungsblatt Muster 16 vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" einzutragen (§ 29 Abs. 6 BMV-Ä). Die Kosten für diese Verordnungen sind vom Versicherten in der Apotheke selbst zu bezahlen.

Der Anspruch auf Erstattung ist vom Umfang her auf die Höhe der Vergütung begrenzt, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Es können auch nur die Leistungen in Anspruch genommen werden, die als vertragsgemäße Sachleistungen zugelassen sind. Anderenfalls würden die für Vertragsleistungen geltenden Qualitätssicherungskriterien unterlaufen.

Die Krankenkasse hat das Verfahren in der Satzung zu regeln und für Verwaltungskosten ein Abschlag vorzusehen, der vom Erstattungsbetrag abzuziehen ist. Dieser darf höchstens 5 % betragen. Ein Abzug der gesetzlichen Zuzahlungen ist nicht mehr vorgesehen. Bei der Erstattung von Arzneimitteln sind die den Krankenkassen entstehenden Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V zu berücksichtigen.

Für die Berechnung des Erstattungsbetrages empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen, wie folgt vorzugehen:

	Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag
./.	Rabatte
./.	<u>Zuzahlungen</u>
=	Erstattungsbetrag vor Abschlag
./.	<u>Abschlag für Verwaltungskosten (max. 50 %)</u>
=	Erstattungsbetrag

4. Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer

Die Aufwendungen des Versicherten werden von der Krankenkasse i.d.R. nur dann erstattet, wenn die Leistungen von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurden. Bei Wahl der Kostenerstattung kann somit grundsätzlich nur ein Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, der i.R.d. vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (z.B. Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus). Wählt der Versicherte einen Arzt oder Zahnarzt, der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, kann die Krankenkasse im Einzelfall eine Kostenerstattung vornehmen (§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V). Im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung hat die Krankenkasse medizinische und soziale Aspekte zu berücksichtigen und dabei gleichzeitig zu bewerten, ob eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die im Gesetz als Rechtfertigungsgrund für eine Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners aufgeführten medizinischen oder sozialen Gründe dürften insbesondere in der jeweiligen regionalen Versorgungssituation zu suchen sein. Es müssen also neben der vorausgesetzten vergleichbaren Qualität des Leistungserbringers weitere Gründe für die Inanspruchnahme dieses Leistungserbringers sprechen. Dabei könnte es sich beispielsweise um Fälle handeln, bei denen wegen spezieller medizinischer Indikationen oder aufgrund des Alters oder sonstiger körperlicher Beeinträchtigungen der Versicherten in der Region in zumutbarer Entfernung keine vertragsgemäßen Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Diese Zustimmung wird nicht generell, sondern im Einzelfall erteilt. Sie muss vor der Inanspruchnahme der Leistung vorliegen (im Vergleich zur Sachleistung abweichender Beschaffungsweg). Es handelt sich um eine Ermessensentscheidung, die zu begründen ist (§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X).

5. Satzungsbestimmung

Die Satzung der Krankenkasse regelt das Verfahren der Kostenerstattung und kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten bis höchstens 5 % vorsehen (vgl. § 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V).

6. Kostenerstattung bei Versagen des Sachleistungssystems (§ 13 Abs. 3 SGB V)

§ 13 Abs. 3 SGB V beschreibt Fälle des Systemversagens des Sachleistungssystems. Die Vorschrift ist die einschlägige Anspruchsgrundlage in Situationen, in denen sich der Versicherte für eine Einzelleistung bewusst außerhalb des Sachleistungssystems behandeln lässt.

6.1 § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Variante SGB V, Notfall

Der "Notfall" in diesem Sinne ist inhaltlich nicht identisch mit dem Vorliegen eines Notfalls im medizinischen Sinne. Die Voraussetzungen dieses Anspruchs sind vielmehr nur dann gegeben, wenn es dem Versicherten nicht zumutbar war, eine Leistung im Rahmen des Sachleistungssystems in Anspruch zu nehmen. Diese Fallkonstellation ist allerdings sehr selten, denn auch bei besonders eilbedürftigen Behandlungen wird es dem Versicherten in Deutschland fast an jedem Ort möglich sein, ausreichende Leistungen in Form von Sachleistungen zu erhalten. Denkbar ist jedoch, dass eine vertragliche Behandlungsmethode aufgrund der Besonderheit der Erkrankung gar nicht zur Verfügung stand und aufgrund der besonderen Eilbedürftigkeit keine Möglichkeit bestand, für die außervertragliche Behandlung zuvor von der Krankenkasse eine Zustimmung zu erhalten.

6.2 § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Variante SGB V, rechtswidrige Ablehnung

Der Kostenerstattungsanspruch nach dieser Vorschrift besteht, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Aus dem Wort "dadurch" wird eine Kausalität zwischen der Ablehnung der Leistung und dem Entstehen der Kosten beim Versicherten hergeleitet. Der Kostenerstattungsanspruch setzt deshalb voraus, dass der Versicherte sich vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung mit seiner Krankenkasse ins Benehmen setzt und zunächst deren Entscheidung abwartet (vgl. BSG, 20.05.2003 - B 1 KR 9/03 R).

6.3 Rechtsfolge des § 13 Abs. 3 SGB V

Der Versicherte kann die Kosten verlangen, die ihm durch das Systemversagen tatsächlich entstanden sind. Abzüge wie bei der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V sind nicht vorzunehmen. Der Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V reicht nur soweit, wie der Sachleistungsanspruch, den er ersetzt. Nicht als Sachleistung geschuldete Leistungen können also auch auf dem Erstattungswege nicht verlangt werden.

7. Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V

Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse die 3- bzw. 5-Wochenfrist nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

§ 13 Abs. 3a SGB V bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungs-/Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Damit wird die in § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I normierte allgemeine Pflicht der Leistungsträger konkretisiert, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Krankenkasse gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Die Versicherten können sich dann eine aus ihrer subjektiven Sicht erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen.

Im Gemeinsamen Rundschreiben vom 26.09.2018 i.d.F vom 17.06.2021 sind unter dem Titel 4.3 die von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten Leistungen und unter Titel 4.4 die von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfassten Sozialleistungen mit ausführlichen Erläuterungen aufgelistet.

Das Gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 wurde aktualisiert und in der Fassung vom 17.06.2021 neu verabschiedet (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2021/452 vom 25.06.2021).

Die Notwendigkeit einer neuerlichen Anpassung des GR ergab sich aufgrund eines vollzogenen Paradigmenwechsels des BSG in seinem Urteil vom 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R . Das Bundessozialgericht vertritt nun die Auffassung, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begründet. Sie vermittelt den Versicherten lediglich eine vorläufige Rechtsposition, die zur Selbstbeschaffung der beantragten Leistung berechtigt und kann daher auch nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung führen. Seine bisherige Rechtsprechung, die Versicherten im Falle der Genehmigungsfiktion einen eigenständigen Naturalleistungsanspruch eingeräumt hatte (vgl. zuletzt BSG, 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R), hat der Senat aufgegeben.

Dieser geänderten Rechtsprechung hat sich der 3. Senat des BSG in seinen Urteilen vom 18.06.2020 (BSG, 18.06.2020 - B 3 KR 13/19 R , - B 3 KR 6/19 R und - B 3 KR 14/18 R) angeschlossen und dabei neben einem Anspruch auf Kostenerstattung ausdrücklich auch einen Anspruch auf Kostenfreistellung als mögliche Rechtsfolge einer fingierten Genehmigung benannt. Der 1. Senat hat in seinem Urteil vom 26.05.2020 ausgeführt, dass der durch die Genehmigungsfiktion begründete Anspruch auf Kostenerstattung auch bei einer materiellen Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig war (Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung zur "subjektiven Erforderlichkeit"). Schließlich hat der Senat festgestellt, dass die Genehmigungsfiktion nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes hat und die Krankenkasse daher auch nach Ablauf der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Fristen über den gestellten Leistungsantrag zu entscheiden und das laufendeungsverfahren abzuschließen hat.