

Zu § 13 SGB V Tit. 4 RdSchr. 03o

Gemeinsames Rundschreiben zum GMG; hier: Leistungsrechtliche Vorschriften

Zu § 13 Abs. 2, 4 bis 6 SGB V

Titel: Gemeinsames Rundschreiben zum GMG;
hier: Leistungsrechtliche Vorschriften

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 03o

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Zu § 13 SGB V Tit. 4 RdSchr. 03o – Umfang der Kostenerstattung

(1) [jetzt] 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.

(2) Ausdrücklich ist vorgesehen, dass neben den durch die Satzung zu bestimmenden Abschlägen vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch die gesetzlichen Zuzahlungen in Abzug zu bringen sind. Zu berücksichtigen sind dabei alle für die Versicherten unmittelbar wirkenden Eigenbeteiligungen - wie etwa Arzneimittelzuzahlungen und Zuzahlungen für jede 1. Inanspruchnahme eines [richtig] an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers. Die den Krankenkassen bei der Vergütung von Sachleistungen im Verhältnis zu den Leistungserbringern zustehenden Rabatte - wie etwa der Apothekenrabatt nach § 130 SGB V und der Herstellerrabatt nach § 130a SGB V - sind ebenfalls entsprechend in Abzug zu bringen.

(3) Im Zusammenhang mit der [sog. Praxisgebühr] nach § 28 Abs. 4 SGB V . . . für die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung wird davon ausgegangen, dass sie je Quartal im Falle der Kostenerstattung für den jeweiligen Versicherten für jeden Versorgungsbereich (ärztlich/zahnärztlich) jeweils nur einmal in Abzug gebracht werden kann, es sei denn, der Versicherte hat im selben Quartal unterschiedliche Ärzte derselben Fachrichtung in Anspruch genommen und der Versicherte weist nicht nach, dass die Inanspruchnahme eines weiteren Arztes durch seinen bisher behandelnden Arzt veranlasst wurde. Diese Regelung ist damit zu begründen, dass der Versicherte bei der Form der Leistungsanspruchnahme durch Kostenerstattung keine Möglichkeit hat, sich durch eine vorherige formelle Überweisung von der Entrichtung der Praxisgebühr selbst freizustellen.

(4) Für die Berechnung des Erstattungsbetrages empfehlen die *Spitzenverbände* der Krankenkassen wie folgt vorzugehen:

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag

./. Rabatte

./. Zuzahlungen

Erstattungsbetrag vor Abschlag

./. Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten

Erstattungsbetrag