

Gesetzliche Kostenerstattung

Achtung:

Bevor Sie sich für die Kostenerstattung entscheiden, sollten Sie das Für und Wider einer solchen Entscheidung genau abwägen. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass Sie bei der Wahl der Kostenerstattung mit **erheblichen Eigenbelastungen** rechnen müssen.

Wer kann die Kostenerstattung wählen?

Das gesetzliche Kostenerstattungsverfahren kann von allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (Pflicht- oder freiwillig versicherte Arbeiter, Angestellte und Rentner) sowie von deren familienversicherten Angehörigen gewählt werden.

Mitglieder und Angehörige können dieses Wahlrecht jeweils unabhängig voneinander ausüben, wobei Familienversicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, selbst entscheiden können, ob sie die Kostenerstattung wünschen oder nicht.

Nähere Einzelheiten über die Voraussetzungen für die Familienversicherung sind in der Informationsbroschüre der Knappschaft „Ihre Familienversicherung Ehegatten, Lebenspartner und Kinder“ dargestellt.

Wann beginnt das Kostenerstattungsverfahren und wie lange dauert es?

Das gesetzliche Kostenerstattungsverfahren kann zu jedem Zeitpunkt gewählt werden. Die Wahl ist schriftlich zu erklären und grundsätzlich nur **mit Wirkung für die Zukunft** möglich.

Die Kostenerstattung wird zu Beginn des jeweils folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Das bedeutet, dass die Wahl

der Kostenerstattung jeweils zum 1. Januar, zum 1. April oder zum 1. Juli bzw. 1. Oktober eines Jahres wirksam werden kann.

Hiervon unabhängig können Neumitglieder die Kostenerstattung bereits mit Beginn der Mitgliedschaft wählen.

Eine Wahl der gesetzlichen Kostenerstattung für zurückliegende Zeiträume ist grundsätzlich nicht möglich.

Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgelegt, dass eine Wahlerklärung zur Kostenerstattung **mindestens ein Kalendervierteljahr** bindend ist.

Wann endet das Kostenerstattungsverfahren?

Ein Widerruf der Wahl ist nach gesetzlicher Vorschrift frühestens zum Ablauf eines Kalendervierteljahres ab Wirksamwerden der jeweiligen Wahlerklärung möglich. Der Widerruf ist der Knappschaft rechtzeitig anzuzeigen. Fehlt eine schriftliche Erklärung, verlängert sich der Zeitraum des Kostenerstattungsverfahrens jeweils um ein Quartal.

Für welche Leistungsbereiche kann die Kostenerstattung gewählt werden?

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Kostenerstattung entweder von vornherein für alle Sach- und Dienstleistungen

der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt werden oder auf einen oder mehrere der folgenden Leistungsbereiche beschränkt werden kann:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung (**einschließlich** kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz)
- stationäre Versorgung
- ärztlich oder zahnärztlich veranlasste Leistungen (das sind Leistungen die auf Verordnung des Arztes „veranlasst“ werden, wie z. B. Arznei- und Verbandmittel, Heil- bzw. Hilfsmittel oder Fahrkosten bzw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege)

Die Wahl gilt dann für den gesamten jeweils gewählten Leistungsbereich.

Welche Leistungserbringer bzw. Ärzte können in Anspruch genommen werden?

Im Kostenerstattungsverfahren können selbstverständlich alle Leistungserbringer, die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen sind, in Anspruch genommen werden.

Leistungserbringer, mit denen keine Vertragsbeziehungen zur gesetzlichen Krankenversicherung bestehen (z. B. ausschließlich auf privater Basis tätige Mediziner oder Privatkliniken), dürfen nach gesetzlicher Vorschrift nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse konsultiert werden.

Die Kasse hat dabei zu prüfen, „ob medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist“ (damit z. B. Ausschluss der Inanspruchnahme von Heilpraktikern).

Wie ist der praktische Ablauf?

Versicherte, die die Kostenerstattung gewählt haben, treten dem Arzt gegenüber (unter Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte) als Mitglied der Knappschaft auf und weisen auf die gewählte Kostenerstattung hin.

Sie werden wie ein Privatpatient behandelt und erhalten vom Arzt eine nach der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Gebührenordnung – GOÄ/GOZ – spezifizierte Privatrechnung.

Die Knappschaft vergütet hierauf den Betrag, der im Falle einer unmittelbaren Kostenabrechnung über die elektronische Gesundheitskarte abrechnungsfähig gewesen wäre.

Für die Erstattung genügt die Vorlage der – auch unbezahlten – Originalrechnung.

Der „Kassensatz“ kann bei Vorlage einer versichertenseitigen Abtretungserklärung auch unmittelbar an den behandelnden Arzt/Zahnarzt angewiesen werden.

Welche Leistungen sind erstattungsfähig?

Der Leistungsanspruch im gesetzlichen Kostenerstattungsverfahren darf nach dem Willen des Gesetzgebers nicht über die allgemeinen Sach- und Dienstleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen.

Die Knappschaft kann bei der Ermittlung der jeweiligen Erstattungssätze daher nur die Leistungen berücksichtigen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bereits „dem Grunde nach“ enthalten sind.

Damit bleiben z. B. heilpraktische Behandlungen, nicht anerkannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder medizinisch nicht notwendige Zusatzleistungen (sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen -IGeL-) aus der Kostenerstattung ausgeschlossen.

Gleiches gilt für zahnmedizinische Leistungen, die ebenfalls nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, wie z. B. Goldguss- oder Keramikfüllungen bzw. Implantate bei Zahnersatz.

Sind Leistungen gänzlich ausgeschlossen?

Die Leistungspflicht der Krankenkasse ist nicht gegeben, wenn eine vorrangige Kostenzuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung oder des Versorgungsamtes besteht.

Das ist z. B. der Fall, wenn medizinische Behandlungsmaßnahmen aufgrund von Arbeitsunfallfolgen, Kriegsbeschädigungen oder wegen einer als entschädigungspflichtig anerkannten Berufskrankheit nötig werden.

Da die gesetzliche Krankenversicherung hier nicht mit Leistungen eintritt, entfällt insoweit auch die Möglichkeit einer Behandlung als Privatpatient (gegebenenfalls bis zur Beendigung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens bzw. für alle Versorgungsleistungen).

In welchem Umfang werden die Kosten erstattet?

Der Umfang der Kostenerstattung ist auf die Höhe der Aufwendungen beschränkt, die die Knappschaft im Falle einer unmittelbaren Kostenabrechnung über die elektronische Gesundheitskarte zu tragen gehabt hätte (gegebenenfalls begrenzt auf den Rechnungsbetrag).

Versicherte, die ihren Arzt als „Privatpatient“ mit anschließender Kostenerstattung in Anspruch nehmen möchten, müssen daher mit **mehr oder minder hohen Eigenbelastungen** rechnen.

Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang festgelegt, dass der Erstattungsbetrag von der Kasse um einen Abschlag für Verwaltungskosten zu kürzen ist.

Dieser Verwaltungskostenanteil liegt nach der Satzung der Knappschaft bei 5 Prozent des Erstattungsbetrages, höchstens jedoch bei nur 25,00 Euro.

Die Knappschaft erhebt den Abschlag nur einmal je Kostenantrag, unabhängig davon, wie viele Einzelrechnungen und „Unterbelege“ dem jeweiligen Erstattungsantrag letztlich beigelegt sind.

Versicherte profitieren also durch den Abzug geringer Verwaltungskosten, wenn sie ihre Rechnungsbelege sammeln und diese „gebündelt“ zur Erstattung einreichen. Für die Knappschaft ist dies durch die Bearbeitung nur eines Kostenantrages und der damit verbundenen „schlanken“ Arbeitsprozesse ebenfalls ökonomisch.

Selbstverständlich sind bei der Durchführung des Kostenersatzungsverfahrens auch die allgemein geltenden gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile zu berücksichtigen, wie z. B. Arzneimittel- und Heilmittelzuzahlungen und dergleichen.

Die Knappschaft weist darauf hin, dass der Gesetzgeber allen gesetzlichen Krankenkassen bei Abgabe von Arzneimitteln neben einem fixen Apothekenrabatt (§ 130 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]) auch einen Herstellerrabatt der Pharmaindustrie (§ 130 a SGB V) eingeräumt hat.

Der Herstellerrabatt kann zwischen 6 Prozent und 16 Prozent (auf der Basis des Abgabepreises des pharmazeutischen Herstellers) betragen.

Beide Rabatte sind ebenfalls in Abzug zu bringen und vermindern den Erstattungsbetrag entsprechend.

Wie wird der Erstattungsantrag gestellt?

Kostenerstattungsanträge sind – möglichst unter Verwendung der dazu entwickelten Formblätter – bei der Knappschaft einzureichen. Für die Durchführung des Kostenerstattungsverfahrens ist die Vorlage der – auch unbezahlten – spezifizierten **Original**rechnungen notwendig.

Die Originalrechnungsbelege verbleiben grundsätzlich bei der Knappschaft.

In Ausnahmefällen ist eine Erstattung aufgrund von eingereichten Rechnungsduplikaten oder beglaubigten Fotokopien möglich, insbesondere dann, wenn die Originale zum Zweck der Beihilfe oder zur Erstattung der Kosten durch ein privates Krankenversicherungsunternehmen benötigt werden.

Die Rechnungen über Kosten der ärztlichen Behandlung müssen nach den Abrechnungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) unter Angabe der einzelnen Behandlungstage spezifiziert sein.

Rechnungen, die Art und Umfang der Leistungen des Arztes nicht erkennen lassen, oder die die Rechnungshöhe nur in einer Pauschalsumme ausweisen, sind für die Durchführung des gesetzlichen Kostenerstattungsverfahrens nicht anerkennungsfähig.

Den Erstattungsanträgen sind alle „Unterbelege“ (Rezepte, Laborrechnungen und andere Kostennachweise) beizufügen.

Zur Begrenzung der Eigenbelastungen bietet Ihnen die Knappschaft Wahltarife zur Kostenerstattung an. Nähere Informationen hierzu enthält eine weitere Broschüre „Arzt/Zahnarzt Wahltarife Kostenerstattung“.

IMPRESSUM

Herausgegeben von:

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum

www.knappschaft.de

Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit
ausdrücklicher Genehmigung des
Herausgebers gestattet.

Stand: November 2016