



## Kostenerstattung: Leicht ansteigende Tendenz.

Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips wird von den Versicherten nur in geringem Umfang wahrgenommen. Der GKV-Spitzenverband verzeichnet aber eine leicht ansteigende Tendenz.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurden die Handlungsoptionen der Versicherten beim Umstieg auf das Kostenerstattungssystem auf die Auswahl verschiedener Leistungsbereiche ausgedehnt.

Die Versicherten können nach § 13 Abs. 2 SGB V die Kostenerstattung auf die ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung beschränken oder sie ausschließlich auf veranlasste Leistungen oder Krankenhausbehandlung beschränken. Die Versicherten können damit individuell entscheiden, für welche Versorgungsbereiche sie aus dem Sachleistungssystem aussteigen und ggf. eine private Zusatzversicherung abschließen.

### Das sind die gesetzlichen Vorgaben im § 13 Abs. 2 SGB V:

- Die Versicherten können anstelle der Sachleistungen Kostenerstattung wählen.
- Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor der Inanspruchnahme der Leistungen darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden, vom 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 4. Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.
- Die Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.
- Die Satzung der Krankenkasse hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln.
- Dabei sind ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.
- Die Versicherten sind an die Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Der GKV-Spitzenverband hat einen Bericht über die Erfahrungen mit den letzten Änderungen in § 13 Abs. 2 SGB V erstellt. Dieser Bericht zeigt eine leicht ansteigende Tendenz bei der Wahl der Kostenerstattung. Insgesamt ist es aber doch so, dass die GKV-Versicherten trotz der erweiterten und flexibilisierten Möglichkeiten zur Wahl der Kostenerstattung nach wie vor das Sachleistungssystem bevorzugen.

Der Anteil der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, lag im 2. Quartal 2008 nur bei 0,19 % (rund 132.000 Versicherte). Die Zahl der Versicherten mit gewählter Kostenerstattung ist damit um rund 8 % gegenüber dem Zeitraum vor der Rechtsänderung gestiegen. Die durch die Rechtsänderung erweiterten Möglichkeiten, die Inanspruchnahme der Kostenerstattung auf bestimmte Leistungsbereiche zu beschränken, wurden von rund 63 % derjenigen Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, genutzt. Rund 37 % der Versicherten mit gewählter Kostenerstattung haben sie ohne jegliche Beschränkung gewählt.

Betrachtet man die jüngste Stellungnahme der Bundesregierung, dann sind die Aussichten auf einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik ausgesprochen gering. Bei der Veröffentlichung des Erfahrungsberichtes des GKV-Spitzenverbandes zur Inanspruchnahme des Kostenerstattungsverfahrens kommt die Bundesregierung zu der Einschätzung, dass Vorschläge und Forderungen zur generellen Einführung der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips auf Seiten der Versicherten auf geringe Akzeptanz stoßen dürften und auch unter dem Gesichtspunkt einer vermeintlich verbesserten Transparenz oder der Förderung von Kostenbewusstsein an den Bedürfnissen der Versicherten vorbei gingen.