

Merkblatt | Kostenerstattung

Restkostentarife: Kostenerstattungsprinzip der GKV als Voraussetzung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können die Versicherten anstelle der Sach- oder Dienstleistung auch das Kostenerstattungsverfahren wählen. Dabei erhalten die Versicherten die Leistungen gegen Rechnung, die sie dann bei der Krankenkasse einreichen. Die Leistungen werden anschließend nicht mehr über die Versichertenkarte abgerechnet. Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkasse besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Die Wahl der Kostenerstattung kann auf ausgewählte Versorgungsbereiche beschränkt werden, z.B. auf ambulante, stationäre oder zahnärztliche Leistungen. Die Rechnung richtet sich somit nach der privatärztlichen Gebührenordnung. Die Kosten liegen dort in der Regel über den Sätzen, die analog zum Sachleistungsprinzip erstattet werden können. Vom Erstattungsbetrag werden zudem alle gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile sowie die Verwaltungskostenpauschale von höchstens 5% berechnet. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens für ein Kalendervierteljahr gebunden. Die Kostenerstattung kann jeweils zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Sofern die Wahl der Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche gewählt wurde, dürfen keine Leistungen über die Versichertenkarte abgerechnet werden.

Durch Wahl der Kostenerstattung entstehen Mehrkosten. Empfehlenswert ist dann der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung, die den verbleibenden Eigenanteil übernimmt. Die Kosten für Leistungen von nicht zugelassenen Ärzten oder Leistungserbringern dürfen grundsätzlich nicht erstattet werden. Auch Kosten für Heilpraktiker können nicht übernommen, aber über private Zusatzversicherungen abgesichert werden.

Beim sog. **Restkostentarif** werden die entstehenden Kosten übernommen, nachdem die gesetzliche Krankenkasse Vorleistungen erbracht hat.

Über diesen Weg erhält man den Status eines Privatpatienten, obwohl man gesetzlich Krankenversichert ist.

Merkblatt | Kostenerstattung

Weitere wichtige Aspekte in diesem Kontext:

- Seit 2010 können GKV-Versicherte das Kostenerstattungsverfahren auf einzelne Leistungsbereiche begrenzen.
- Besonders sinnvoll ist eine Kostenerstattung im ambulanten Bereich.
- Auch bei den veranlassten Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel, Medikamente usw. kann es sich lohnen.
- Eine stationäre Zusatzversicherung für Wahlleistungen wie Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer kann ergänzend helfen.
- Auch im Zahnbereich ist eine Zusatzversicherung wählbar, aber ebenso wie im stationären Bereich kein Kostenerstattungsprinzip angebracht.
- Zuerst sollte aufgrund der zu berücksichtigenden Wartezeiten (drei bzw. acht Monate) eine Restkostenversicherung, z.B. für den ambulanten Bereich, vereinbart werden.
- Dann sollte zeitversetzt das Kostenerstattungsprinzip bei der Krankenkasse beantragt werden.
- Die Krankenkassen leisten im Durchschnitt bei ambulanten Behandlungen rund 30% des Rechnungsbetrages beim Kostenerstattungsprinzip.
- Die Erstattung für Arzneimittel soll sich auf durchschnittlich rund 80% belaufen.
- Es sollte daher kein Kostenerstattungsprinzip ohne Restkostenversicherung vereinbart werden – es besteht ansonsten die Gefahr auf erheblichen Kosten sitzen zu bleiben.
- Mit der Kostenerstattung ist eine bessere Versorgung möglich, die Abwicklung ist jedoch aufwändiger, da die erhaltenen Arztrechnungen künftig mit der Krankenkasse und der Zusatzversicherung abzurechnen sind.