

## Serie Kostenerstattung – Teil IV: Kostenerstattung in der ärztlichen Praxis

# Ist der Kostenerstatter ein Privatpatient?

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) haben seit dem 1. Januar 2004 nunmehr alle gesetzlich Versicherten die Wahlmöglichkeit auf Kostenerstattung. Dies war schon einmal zwischen 1997 und 1999 der Fall und wurde von Teilen der Ärzteschaft als Chance gewertet, mehr Patienten zur Übernahme von größerer Eigenverantwortung zu überzeugen.

Aus der täglichen ärztlichen Praxis heraus ergeben sich eine Reihe von Fragen, was die Umsetzung der Kostenerstattung angeht. Die nachfolgenden Erläuterungen sollen dazu beitragen, etwas mehr „Licht“ in das „Dunkel“ zu bringen.

### Für welche Patienten ist die Kostenerstattung interessant?

Die Gründe, aus denen heraus sich ein Kassenpatient für die Kostenerstattung entscheidet, können vielfältig sein. Das Prinzip der Kostenerstattung ist dabei keineswegs für alle Kassenpatienten geeignet. Für einzelne Kassenpatienten bietet die Kostenerstattung jedoch attraktive Möglichkeiten und Vorteile. Insbesondere trifft dies zu auf die Gruppe der freiwillig versicherten Patienten. Bei Abschluss eines Selbstbehalt-Tarifes ist z. B. die Wahl der Kostenerstattung Voraussetzung. Freiwillig versicherte Patienten haben ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (derzeit 3.862,50 Euro pro Monat bei 12 Gehältern). Damit könnten sie sich bei einer Privaten Krankenversicherung versichern lassen.

### Was ist Kostenerstattung überhaupt?

Im traditionellen Sachleistungssystem gibt der Kassenpatient an der Rezeption der Praxis seine Chipkarte ab und wird von seinem Arzt



**Kassenpatientin mit Kostenerstattung:** quasi „Privatpatientin“ – aber mit Leistungsrechten der jeweiligen GKV

behandelt. Die Abrechnung des Arztes erfolgt quartalsweise mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Bei der Kostenerstattung gibt es keine Chipkarte mehr. Der Kassenpatient mit Kostenerstattung betritt die Praxis quasi als „Privatpatient“, obwohl er weiterhin GKV-Versicherter bleibt und damit Satzung und Leistungsrecht der jeweiligen Krankenkasse relevant sind. Er wird von seinem Arzt behandelt und erhält danach eine Rechnung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die er direkt an den Arzt bezahlt. Diese Rechnung kann der Patient bei seiner Krankenkasse einreichen und erhält dort denjenigen Betrag erstattet, den die Kasse für den Patienten im Rahmen des traditionellen Sachleistungssystems über die KV an den Arzt überwiesen hätte.

Der Patient, der sich im Anschluss an die

## Serie Kostenerstattung – Teil IV: Kostenerstattung in der ärztlichen Praxis



**Prinzip Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V):**  
transparente, individualisierte Rechnungslegung

Pflichtberatung durch seine Krankenkasse für das Prinzip der Kostenerstattung nach § 13 SGB V entscheidet, ist an diese Entscheidung für mindestens ein Jahr gebunden. In der Regel werden Wahl und Widerruf der Kostenerstattung zu dem Kalendermonat wirksam, der auf den Eingang der schriftlichen Mitteilung des Patienten folgt. Einzelne Kassen mögen hierbei auch abweichende Regelungen in ihren Satzungen haben.

Hat sich ein Patient für die Kostenerstattung entschieden, so gilt diese Wahl für den gesamten ambulanten Bereich, also für Besuche bei Ärzten aller Fachrichtungen, auch für Zahnärzte, Kieferorthopäden oder Psychotherapeuten. Behandlungen durch Heilpraktiker oder Nicht-Vertragsärzte werden hingegen, wie im tradi-

tionellen Sachleistungssystem, nicht erstattet.

Die unterschiedlichen Abläufe bei Behandlung und Abrechnung im Rahmen des traditionellen Sachleistungssystems und im Rahmen der Kostenerstattung verdeutlicht die nebenstehende Darstellung.

### Was bekommt der Patient erstattet?

Der Patient reicht bei seiner Krankenkasse die Rechnung, die wie bei einem Privatpatienten nach der GOÄ erstellt wird, ein. Diese muss dem Patienten nun denjenigen Betrag erstatten, den der Arzt bei Behandlung im traditionellen Sachleistungssystem von der KV erhalten hätte.

Dazu ist es zunächst erforderlich, die GOÄ-Rechnung, die der Patient bei der Krankenkasse einreicht, in die Gebührenordnung EBM umzurechnen, die dem Sachleistungssystem zugrunde liegt. Die exakte Umrechnung von GOÄ in EBM ist jedoch kaum möglich, denn die Leistungs-Ziffern in diesen beiden Gebührenordnungen sind nicht identisch. Für die Umrechnung von GOÄ in EBM haben daher einige Krankenkassen ein Computer-Programm entwickelt, andere geben feste Umrechnungsfaktoren zwischen GOÄ und EBM vor.

**„Die Praxisgebühr wird von dem Kostenerstattungspatienten in der Praxis nicht erhoben. Die Krankenkasse zieht dem Patienten stattdessen ihrerseits die 10 Euro bei dem Erstattungsvorgang ab.“**

Zudem sind die Krankenkassen berechtigt, für den anfallenden Verwaltungsaufwand einen bestimmten Honorar-Anteil einzubehalten. Dieser Abzug liegt je nach Krankenkasse zwischen 7,5 % und 10 % des Erstattungsbetrages. Für den verbleibenden Differenzbetrag schließt der Kostenerstattungspatient in der Regel eine sogenannte ambulante Zusatz- (Ergänzungs-)

## Ist der Kostenerstatter ein Privatpatient?

Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung ab. Auf diese Weise muss er selber keinen oder (je nach Zusatzversicherung) nur einen geringen Restbetrag bezahlen.

Bei IGeL-Leistungen erstattet die Krankenkasse dem Patienten in der Regel nichts, denn im traditionellen Sachleistungssystem hätte der Arzt diese Leistungen auch nicht mit der KV abrechnen können. Bei solchen Leistungen erstatten die privaten Zusatzversicherungen meist eine pauschale Quote der Arztrechnung, die je nach Gesellschaft zwischen 30 % und 70 % der Arztrechnung liegen kann. Letztlich ist es also Sache des Patienten, das für seine Bedürfnisse richtige Zusatzversicherungsangebot zu wählen.

### Mit welchem Steigerungsfaktor werden Kostenerstatter abgerechnet ?

Zunächst ist festzustellen, dass Abrechnungsgrundlage im Rahmen der Kostenerstattung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte ist. § 5, Abs. 2 GOÄ besagt, dass „die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bestimmen sind“. Das bis vor einigen Jahren in der GOÄ enthaltene Kriterium „Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen“ ist nicht mehr beibehalten worden.

Die von einigen Akteuren vertretene Auffassung, gegenüber Kostenerstattungs-Patienten einen reduzierten GOÄ-Faktor anzusetzen ist zwar zunächst verständlich (Attraktivität, Reduzierung der Zuzahlung), birgt aber aus politischen Gründen nicht zu unterschätzende Risiken. Insbesondere besteht die Gefahr, dass die Privaten Krankenversicherungen eine Abrechnung mit geringeren Steigerungssätzen zum willkommenen Anlass nehmen, auch die Steigerungssätze im Bereich der Privatpatienten zu drücken – ein Bestreben, das ohnehin seit einiger Zeit zunimmt. Auch dürften Privatpatienten,

zum Teil ausgestattet mit Selbstbehalt-Tarifen, wenig begeistert sein, wenn sie für dieselben Leistungen mehr bezahlen sollen, als Kostenerstattungspatienten.

Die Begründung, die Kostenerstattung durch eine Abrechnung reduzierter Steigerungssätze salonfähig machen zu wollen, tritt angesichts der geschilderten Gefahren in den Hintergrund. Ohnehin wird die Regel im Bereich Kostenerstattung der Abschluss einer privaten Zusatz-/Ergänzungsversicherung sein, die die Differenz zwischen GOÄ-Rechnung und Kostenerstattung der Kasse kompensiert.

### Fazit

Auch wenn den Patienten, die sich bei ihrer Krankenkasse über die Möglichkeiten der Kostenerstattung informieren wollen, meist negative Argumente geliefert werden – hier wäre eine sachliche Information unter Abwägung der Vor- und Nachteile im Einzelfall wünschenswert –, kann der Weg der transparenten, individualisierten Rechnungslegung gegenüber den Versicherten deren ökonomisches Kostenbewusstsein steigern und außerdem die Beziehung Arzt/Patient entbürokratisieren sowie dem Patienten durchaus Vorteile bringen. Lange Wartezeiten und Verschiebungen von Behandlungsterminen auf das nächste Quartal als Konsequenz von ausgelasteten Praxisbudgets betreffen den Patienten nicht. Der GKV-Versicherte als Kostenerstatter wird dieses Mehr an Service und Patientenorientierung zu schätzen wissen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass das Kostenerstattungsprinzip im Zuge der europäischen Harmonisierung im Gesundheitswesen ein gleichberechtigtes Instrument bei der Erstattung medizinischer Leistungen werden dürfte. Das Sachleistungsprinzip wird sich dann im europäischen Rahmen – insbesondere angesichts weiterer zu erwartender Urteile des Europäischen Gerichtshofes – nur noch als ein Instrument neben anderen behaupten können.

### AUTOR



**Kurt Weser**  
Geschäftsführer der  
PVS Limburg/Lahn

✉ [k.weser@pvs-verband.org](mailto:k.weser@pvs-verband.org)

### POSITIONEN

- ▶ *Abrechnungsgrundlage im Rahmen der Kostenerstattung ist die GOÄ*
- ▶ *Der Kostenerstattungs-patient bleibt weiterhin GKV-Versicherter*
- ▶ *Entbürokratisierung der Arzt-Patient-Beziehung mittels Kostenerstattung*