

# Gesetzlich versichert, doch privat behandelt

**Leser-Reaktionen.** Unsere Serie „Der gangbare Weg“ zur Kostenerstattung hat zu vielen Rückmeldungen geführt, darunter auch Anregungen und manche Missverständnisse. Damit alle Leser von den Fragen und Antworten profitieren, fassen wir an dieser Stelle die neuesten Informationen aufgearbeitet zusammen.

AUTOR: DR. CHRISTIAN ÖTTL

Eine weitere Möglichkeit, die Kosten einer Behandlung erstattet zu bekommen, bezieht sich auf § 13, SGB V. Dieser Paragraph klärt nicht nur auf über die selektive Wahl eines Bereichs der Kostenerstattung, zum Beispiel einer zahnärztlichen Behandlung, sondern auch über eine weitere Möglichkeit der Inanspruchnahme der Kostenerstattung. So heißt es in § 13:

- „(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c erfüllt.
- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragsingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, inner-

halb von fünf Wochen nach Antragsingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragsingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder

Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

## SACHLEISTUNGSPRINZIP BINDEND

Das bedeutet, dass der gesetzlich versicherte Patient, der nach dem Sachleistungsprinzip eine medizinische, nicht aufschiebbare, Leistung nicht erhält, er sich diese auch auf privatärztlichem Wege besorgen kann. Die Krankenkasse muss dann diese Leistung aufgrund der eingereichten Rechnung komplett erstatten.

Die Leistungsbewilligung hat dann zeitnah zu erfolgen: „Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragsingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragsingang zu entscheiden.“

## BESCHLEUNIGTE BEARBEITUNG

Auch im zahnärztlichen Genehmigungsverfahren ist es empfehlenswert, zum Ablauf der Frist die Krankenkasse zu kontaktieren und mit der privatrechtlichen Inanspruchnahme der Leistung zu konfrontieren. Dies kann zu einer enormen Beschleunigung der Bearbeitung führen.

Gleichwohl wird dringend empfohlen, schon vor dem Einreichen der Rechnung mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen, um die Unaufschiebbarkeit der nicht erhältlichen Leistung klarzumachen. Krankenkassen haben zum Beispiel für Termine bei Fachärzten Terminservicestellen, die behilflich sind, aber vielleicht keinen Termin vermitteln können beim Wunscharzt (etwa Mannschaftsarzt der deutschen Handball-Nationalmannschaft).



Dr. Christian Öttl  
Mitglied des Bundesvorstandes und zuständig für das Ressort Praxisführung