

**MIT**MITTELSTANDS- UND
WIRTSCHAFTSVEREINIGUNG
DER CDU/CSU

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

Beschlussnr. BuVo09.024**Freies Wahlrecht zwischen Sachleistungen und Kostenerstattung**

Eine eindeutige Aussage traf Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler beim Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI): „Die Patienten kennen die Preise der Leistungen in diesem anonymen Sachleistungssystem nicht – die bessere Alternative ist die Kostenerstattung!“ Damit entspricht er dem Inhalt des MIT-Positionspapiers „Gesundheit für Deutschland“.

Für die Abrechnung medizinischer Leistungen muss zukünftig gelten, dass Arzt/Zahnarzt und Patient die Preise der erbrachten Leistungen kennen und dadurch mehr Transparenz und Kostenbewusstsein geschaffen werden. In § 13 Abs. 2 SGB V ist bereits die grundsätzliche Möglichkeit des Versicherten geregelt, anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen. Bestehende bürokratische Hürden und finanzielle Nachteile werden abgeschafft, den Krankenkassen klare Vorgaben gemacht, die Kostenerstattung zu unterstützen.

Die Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der Bindungswirkung der Wahl, der Erstattungshöhe und der Behinderung der freien Behandlungswahl sind aufzuheben, damit die Kostenerstattung für den Versicherten tatsächlich eine realistische Alternative zur Sachleistung darstellt.

Bei der Einführung einer Direktabrechnung mit Kostenerstattung müssen bürokratische Hürden abgeschafft werden. Den Patienten dürfen keine Nachteile durch Verwaltungskosten und Differenzen in der Preisermittlung einer Kassenleistung (Gesamtvergütungswirkung) bezüglich einer in Rechnung gestellten Behandlung entstehen.

Ferner muss der Gesetzgeber berücksichtigen, dass in weiten Bereichen ein anerkanntes Interesse der Versicherten besteht, ggf. aufwendigere medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ohne dabei aber den grundsätzlichen Leistungsanspruch innerhalb der GKV zu verlieren (vgl. z.B. die Mehrkostenregelungen bei Füllungen in § 28 Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V).

Eine mögliche SGB-V-Änderung wird wie folgt vorgeschlagen:

Schlagwort.....	
<p>SGB-V-Paragraf: § 13 Kostenerstattung (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.</p> <p>(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.</p> <p>Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.</p> <p>Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.</p>	<p>Änderungsvorschlag: § 13 Kostenerstattung</p> <p><u>(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Danach wird das Kostenerstattungsverfahren unverzüglich wirksam. Der Anspruch auf Kostenerstattung kann an den Leistungserbringer oder eine von ihm benannte Verrechnungsstelle abgetreten werden.</u></p> <p>Eine Einschränkung der Wahl auf den <u>Bereich oder Teilbereiche</u> der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.</p> <p><u>Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Information und Stellungnahme der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.</u></p> <p><u>Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen sind nicht auf das Ausgabenvolumen nach § 85 Abs. 2 Satz 2 anzurechnen.</u></p> <p>Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. <u>Satzungsbestimmungen der Krankenkassen dürfen die Entscheidung der Versicherten weder rechtlich noch materiell beeinträchtigen.</u></p> <p><u>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich einen Bericht über die Erfahrungen mit den in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.</u></p>

Gelöscht: (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht. ¶

Gelöscht: 2

Gelöscht: Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in

Gelöscht: Kenntnis zu setzen.

Gelöscht: Bereich

Gelöscht: Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, ¶ wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. ¶ Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.

Gelöscht: Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ¶ Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Gelöscht: ¶

Gelöscht: bis zum 31. März 2009

Gelöscht: durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln.

Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.
Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
Die Satzung hat das Verfahren der

(3) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

§ 76 Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Die Inanspruchnahme

Gelöscht: 4

Formatiert: Keine Absatzkontrolle

Gelöscht: ¶

Gelöscht: Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.

Formatiert: Keine Absatzkontrolle, Leerraum zwischen asiatischem und westlichem Text nicht anpassen, Leerraum zwischen asiatischem Text und Zahlen nicht anpassen

<p>Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.</p> <p>§ 76 Freie Arztwahl</p> <p>(1) Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach § 116b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.</p> <p>Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.</p> <p>(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.</p>	<p>der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1 richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Die Zahl der Eigeneinrichtungen darf auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 140 Abs. 2 Satz 1 erfüllt sind.</p> <p>(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Kostenerstattung zu wählen.</p>
<p>Begründung: Kostenerstattung bedeutet, dass der gesetzlich „Versicherte“ wie ein privat Versicherter ein persönliches Vertragsverhältnis mit seinem Behandler hat. Er erhält eine Rechnung, die er zu begleichen hat. Die entstandenen Kosten werden dann von der Versicherung / den Versicherungen im vereinbarten Umfang erstattet. Zielführend ist dies zum einen deshalb, weil durch die zwangsläufige Rechnungsstellung eine Transparenz geschaffen wird, die überhaupt schon einmal ein Kostenbewusstsein unterstützt.</p>	<p>Gelöscht: ¶</p>

Zum anderen verläßt man als Kostenerstattungspatient das Sachleistungssystem und damit die Zuteilungsmedizin mit all ihren Budgetierungen. Das ist der entscheidende Schritt zur weiteren Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Und er ist verbunden mit der Einsicht und Wahrheit, dass es ohne persönliche Verantwortung und Übernahme der Kosten, die für die Besserversorgung nötig ist, nicht geht.

[Die vorgeschlagenen Paragrafenänderungen sind nicht abschließend. Es sind diverse Folgebestimmungen auf diese Maßgabe umzuformulieren.](#)

Bedeutung, Kommentar, Vergleich mit anderen Berufen, Wirtschaftsbereichen	Erarbeitet durch:
---	-------------------

(Einstimmiger Beschluss des MIT-Bundesvorstands 06.07.2010
Beschlussvorlage Kommission Gesundheitspolitik
Vorstand: Dr. Rolf Koschorrek MdB, Hans-Peter Küchenmeister)