

Vorleistung und Kostenerstattung

Wie erhält man von der Krankenkasse sein Geld zurück?

Dipl.-Jur. Tim C. Werner

Einleitung

Obwohl Effizienz und Nutzen der metabolischen Chirurgie mittlerweile hervorragend nachgewiesen sind und obwohl sich die Zahl der bariatrischen Eingriffe in den letzten Jahren weltweit verdoppelt hat, kommen Magenbypass und Schlauchmagen, um nur zwei zu nennen, hierzulande trotz entsprechender medizinischer Indikation immer noch zu selten zur Anwendung. Die Bevölkerung ist – wie mit konservativen Therapien auch – unterversorgt. Grund hierfür ist in erster Linie die restriktive Genehmigungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen.

In Zeiten überlanger Verfahrensdauer vor den deutschen Sozialgerichten erwägen deshalb nicht wenige adipöse Patienten in Bezug auf eine ärztlicherseits angerechnete Operation in Vorleistung zu treten.

Die Voraussetzungen des Anspruchs

1. Der Gesetzestext

§ 13 Absatz SGB V kennt mehrere Alternativen der Kostenerstattung. Hier einige Auszüge aus dem Gesetzestext:

§ 13 Absatz 3 SGB V:

Satz 1: „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.“

§ 13 Absatz 3a SGB V (eingeführt durch das Patientenrechtegesetz von 2013):

Satz 1: „Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes

der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.“

Satz 2: „Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten.“

Satz 3: „Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.“

Satz 5: „Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.“

Satz 6: „Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Satz 7: „Beschaffen sich Leistungsrechte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“

2. Der Beschaffungsweg

Das vom Sachleistungsprinzip geprägte System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verlangt, dass sich ein Versicherter, welcher sich eine Leistung selbst beschafft, zuvor in ausreichendem und zumutbarem Umfang um die Gewährung der streitigen Behandlung als Sachleistung bemüht haben muss.

Der Antragsteller muss also warten, bis die Entscheidung über seinen Antrag auf Kostenübernahme schriftlich vorliegt. Die Entscheidung über einen erhobenen Widerspruch muss dagegen nicht abgewartet werden.

Das Patientenrechtegesetz von 2013 hat zudem eine deutliche Erleichterung für die Betroffenen gebracht: Danach ist die

Selbstbeschaffung der Leistung auch möglich, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 3 Wochen (ohne Hinzuziehung des MDK), bzw. 5 Wochen (bei Hinzuziehung des MDK) über den Antrag entschieden hat und zudem nicht mitgeteilt wurde, dass die laufende Frist nicht eingehalten werden kann (§ 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V, siehe oben).



Foto: ©akf/Fotolia

3. Kausalität

Eine der wichtigsten Anspruchsvoraussetzungen ist die im Gesetzestext nicht ausdrücklich genannte Kausalität zwischen der Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und der Selbstbeschaffung dieser Leistung durch den Versicherten. Faktisch darf der Entschluss zur Durchführung der OP zeitlich deshalb nicht vor der Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse liegen.

Unbedenklich ist eine im Vorfeld geführte Korrespondenz mit dem Operateur und/oder dem Krankenhaus, wenn und soweit hier nur allgemeine Informationen eingeholt und ausgetauscht werden. Unbedingt vermieden werden muss die Festlegung eines OP-Termins vor der Ablehnung des anhängigen Antrages bei gleichzeitiger Unterzeichnung einer Honorarvereinbarung.

Nach Auffassung des Autors ist eine Terminvereinbarung vor einer Ablehnung dann unbedenklich, wenn keine Honorarvereinbarung geschlossen wurde und der behandelnde Operateur nicht privat liquidiert.

4. Zu Unrecht abgelehnte Leistung

Die Krankenkasse hat die Leistung zu Unrecht angelehnt, wenn der Antragsteller einen Anspruch auf die Gewährung der begehrten Operation als Sachleistung hatte. Dieser kann dann bejaht werden, wenn die Voraussetzungen für einen operativen Eingriff am Magen vorgelegen hatten. Als Prüfungsmaßstab dienen in erster Linie die Leitlinien der Fachgesellschaften, die Begutachtungsleitfäden von MDK und MDS sowie schließlich die Rechtsprechung.

Die Rechtsprechung der Sozialgerichte und Landessozialgerichte ist seit einigen Jahren sehr patientenfreundlich. Nur noch vereinzelt kommt es zu Klageabweisungen. Oberhalb von BMI 50 werden praktisch alle Klagen gewonnen (Ausnahme: Bayern).

Die Höhe des Erstattungsanspruchs

Die Höhe des Anspruchs entspricht den tatsächlich verauslagten Kosten. Eine wie auch immer geartete Kappung, etwa auf den sog. „Kassensatz“ (gemäß § 7 KH EntG i.V.m. DRG K04A) hat der Gesetzgeber durch die Formulierung „...in der entstandenen Höhe zu erstatten“ explizit ausgeschlossen.

Der Grund hierfür ist folgender: Der Erstattungsanspruch nach § 13, Abs. 3, Satz 1, 2. Alt SGB V ist eine spezialgesetzliche Ausprägung des durch richterliche Rechtsfortbildung entwickelten sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruches, in welchem sich wiederum Elemente eines Schadensersatzanspruches finden.

Wenn also eine Krankenkasse eine beantragte Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Patienten deshalb, d.h. wegen der – in Folge der Ablehnung erforderlichen – Privatliquidation höhere Kosten entstanden sind, so hat die Krankenkasse diese Kosten in voller Höhe zu erstatten. Denn: Den Umstand, dass die Kosten

überhaupt höher ausgefallen sind, hat die Krankenkasse zu verschulden, hat sie die beantragte Leistung doch zu Unrecht abgelehnt.

Unverzichtbar ist eine sog. prüffähige Rechnung (nach DRG oder GoÄ). Eine Abrechnung des Krankenhauses mit dem Selbstzahler muss denselben hohen Anforderungen genügen wie eine Abrechnung des Krankenhauses mit der Krankenkasse.

Wegen der klaren medizinischen Indikation weist die an den Selbstzahler gestellte Rechnung keine Umsatzsteuer aus.

Nach den geltenden EU-Bestimmungen und gemäß § 4 Nr. 14 und Nr. 16 UStG sind ärztliche Leistungen von der Umsatzsteuerpflicht befreit, wenn sie der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen, wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht und die Leistung der Linderung, Genesung und Gesunderhaltung des Menschen dient. Auch muss die Leistung einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand des Patienten haben, medizinisch indiziert und therapeutisch zielorientiert sein.

Hat sich der Selbstzahler für die OP verschuldet, so können die Darlehenszinsen ebenfalls bei der Krankenkasse geltend gemacht werden.

Ob auch Kosten für eine abgeschlossene Komplikationskostenversicherung (z. B. „Scanmedic“) erstattungsfähig sind, ist gerichtlich noch nicht geklärt.

Natürlich darf der Erstattungsanspruch, das sei der Vollständigkeit halber noch erwähnt, nicht weiter reichen als der Sachleistungsanspruch. Dieser Grundsatz zielt aber nicht auf die Höhe einer verauslagten Rechnung, sondern nimmt Bezug auf den Leistungskatalog der GKV als Ganzes, also auf den Anspruch dem Grunde nach.

In der Kommentarliteratur finden sich hierzu die folgenden Ausführungen:

„Die nach Abs. 3 (des § 13 SGB V, Anm. des Autors) selbstbeschaffte Leistung ist in ihrer Erstattungsfähigkeit der Höhe nach

nicht begrenzt, da die Inanspruchnahme der privat verschafften Leistung nicht in die Verantwortung des Versicherten fällt.“

„Rechtsdogmatisch handelt es sich um einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch aus Garantiehaftung des Krankenversicherungsträgers, der aber voraussetzt, dass der Versicherte einen Anspruch auf die Sach- oder Dienstleistung gehabt hatte.“ (Krauskopf, *Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V*)

„Sind die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruches nach Abs. 3 (des § 13 SGB V, Anm. des Autors) gegeben, hat die Krankenkasse die Kosten der Behandlung in der tatsächlich entstandenen Höhe zu übernehmen.“

„Weder ist die Begrenzung auf die der Krankenkasse bei rechtzeitiger Leistung entstandenen Kosten zulässig, noch dürfen (...) Abschläge vorgenommen werden.“ (Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1)

„Liegen die Voraussetzungen der Umwandlung des Sachleistungs- in einen Kostenerstattungsanspruch vor, erstreckt sich dieser grundsätzlich auf die Erstattung der dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten.“ (Hauck/Noftz, *Kommentar zum SGB V*)

Fazit

Die Verauslagung von Operationskosten, auch solche, welche den sog. „Kassensatz“ übersteigen, ist für den Patienten dann ohne Risiko, wenn die sonstigen Voraussetzungen des Erstattungsanspruches vorliegen (rechtswidriger Ablehnungsbescheid oder Fristversäumnis der Krankenkasse, medizinische Indikation, prüffähige Rechnung).

Dipl.-Jur. Tim C. Werner ist Rechtsanwalt & Fachanwalt für Sozialrecht.

Spezialisiert hat er sich auf die Vertretung adipöser Patienten. Er berät u.a. bei der Erstellung von Anträgen und unterstützt im Widerspruchsverfahren sowohl außergerichtlich als auch vor Gericht.