
Das Kostenerstattungsverfahren

Stand: August 2023

Sie oder einer Ihrer Angehörigen benötigen Ergotherapie?

Sie haben sogar die Zusicherung Ihres Arztes, dass er Ihnen ein Rezept für die Ergotherapie ausstellt?

Dementsprechend gibt es auch eine Diagnose (Grundvoraussetzung für die Behandlung)?

Es besteht also dringender Behandlungsbedarf! Das ist ein Fakt!

Sie bekommen zeitnah keine Termine in einer Praxis (für gesetzlich Versicherte Kassenpatienten) in Ihrer Nähe? In der Privatpraxis wären zeitnah Termine frei, aber Sie sind nicht privatversichert?

→ Dann besteht unter Umständen die Möglichkeit, dennoch diese freien Termine in Anspruch nehmen zu dürfen und die Kosten (ggf. anteilig) von der gesetzlichen Kasse erstattet zu bekommen: über das sogenannte **Kostenerstattungsverfahren**.

Denn jede gesetzlich versicherte Person hat generell einen Anspruch auf eine angemessene medizinische/therapeutische Versorgung. Dazu gehört auch die Versorgung mit dem Heilmittel Ergotherapie, sofern die Voraussetzungen dafür gegeben sind → **Diagnose**. Sobald Sie eine Diagnose haben besteht also eine medizinisch/therapeutische Indikation für die Ergotherapie!

(„Versicherte der gesetzlichen Kassen haben gemäß § 13 Absatz 3a SGB V (Sozialgesetzbuch) unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, die dadurch entstandenen Kosten (teil-) erstattet zu bekommen, wenn keine zeitnahe Behandlung in einer Kassenpraxis im Umfeld möglich ist- sie aber zeitnah eine Therapie in Anspruch nehmen müssen.“)

Der Grund der so ellenlangen Wartezeiten ist der immer steigende Fachkräftemangel.

Ablauf für das Kostenerstattungsverfahren in der Ergotherapie:

- Nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf und beschreiben Sie Ihre Situation. Überwiegend ist es aufgrund von Fachkräftemangel folgende: es besteht eine Diagnose, eine medizinische Indikation für eine Therapie und ein Rezept liegt vor, aber in Ihrem Umfeld gibt es keine verfügbaren Therapieplätze für gesetzlich Versicherte. Sie brauchen jetzt Hilfe bei der Vermittlung eines zeitnahen Therapieplatzes, denn mehrmonatige Wartezeiten würden zu einer Verschlimmerung der Problematik oder Sekundärkomplikationen führen.
- Bitten Sie die Krankenkasse, Ihnen zeitnah einen Therapietermin zu organisieren, wenn Sie selbst vor Ort nicht weiterkommen.
- Informieren Sie die Krankenkasse ebenfalls, falls Ihnen schon bekannt ist, dass es freie Kapazitäten in einer Privatsprechstunde gäbe. So kann abgewogen werden, ob ein „Anbehandeln“ in einer Privatsprechstunde eine Option wäre, bis ein regulärer Platz frei wird.
- Kann Ihre Krankenkasse Ihnen keinen Therapieplatz in einer Kassenpraxis vermitteln, können Sie sie um die Vereinbarung eines **Kostenerstattungsverfahrens** bitten, um keine Zeit zu verlieren und möglichst schnell mit der Behandlung zu beginnen. Denn selbst 10 Termine helfen oft schon mal weiter und mit den Informationen aus einer zeitnahen Kurzzeittherapie lassen sich Wartezeiten auf einen Platz in der gesetzlichen Sprechstunde schneller überbrücken.
- Wenn die Bedingungen im Einzelfall schriftlich geklärt sind, vereinbaren Sie Therapietermine innerhalb der Zeitfenster einer Privatsprechstunde. Sie treten dann rechtlich als Selbstzahler auf. Beachten Sie, dass Sie auf jeden Fall eine ärztliche Verordnung/Rezept benötigen.
- Sie bekommen in der Regel von der Therapiepraxis eine Honorarvereinbarung, so dass Sie über die genauen Kosten der Behandlung im Vorfeld informiert sind.
- Die Rechnung der Therapiepraxis geht in der Regel nicht an Ihre Krankenkasse, sondern an Sie. Sie treten also rein rechtlich als Vertragspartner auf.
- Bezahlen Sie die Rechnung der Therapiepraxis fristgemäß. Sie sind also zunächst Selbstzahler.
- Reichen Sie Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Erstattung der therapiebedingten Rechnungsbeträge ein. Fügen Sie eine Kopie der Originalrechnung bei und belegen Sie dadurch die Höhe der Ihnen entstandenen Aufwendungen. Legen Sie ebenfalls eine Kopie der ärztlichen Verordnung (Rezept) bei, um die medizinische Notwendigkeit zu belegen.

Formular für das Kostenerstattungsverfahren

Der bundesweite Verband der Krankenkassen hat hier versucht, die wichtigsten Infos zum Kostenerstattungsverfahren auf die jeweiligen Krankenkassen bezogen zu hinterlegen.

Die Informationen können eine erste Orientierung bieten. Klicken Sie auf den nachfolgenden Link, der auf die Homepage des GKV-SV führt:

<https://bundesportal.gkv-spitzenverband.de>

- Ausgewählte Leistung → Kostenerstattung
- Wählen Sie Ihre Krankenkasse aus

Wie können Sie nachweisen, dass es im Umfeld keinen Platz in einer Kassenpraxis gibt?

Erstellen Sie eine Liste mit den Therapiepraxen, die es in Ihrer Umgebung gibt. Stellen Sie an jede Praxis eine Therapieplatzanfrage.

Dokumentieren Sie die Antworten, die Sie bekommen haben (Name der Praxis und wie lange die aktuellen Wartezeiten sind).

Die Chancen auf ein Kostenerstattungsverfahren steigen,

- ☞ je dringlicher die medizinische Notwendigkeit ist
- ☞ je mehr Praxen Sie nachweislich, aber erfolglos kontaktiert haben
- ☞ je länger Sie bereits auf einen Therapieplatz warten

Wird der komplette Betrag im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens übernommen?

Die Verbraucherzentrale schreibt dazu:

Für gesetzlich Krankenversicherte gilt erst einmal das so genannte Sachleistungsprinzip: bei ärztlichen Leistungen oder Leistungen anderer Gesundheitsberufe übernimmt die Krankenkasse direkt die Kosten für ihre Versicherten.

☞ Sie können bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung aber stattdessen auch eine Kostenerstattung wählen: dann erhalten sie vom Arzt oder Krankenhaus eine Rechnung, die Sie zunächst bezahlen und dann zur Erstattung bei ihrer Krankenversicherung einreichen.

☞ Dabei gilt Vorsicht: die gesetzliche Krankenversicherung erstattet nicht alle Kosten, sondern übernimmt in der Regel nur die Kosten, die auch nach dem Sachleistungsprinzip entstehen würden. Darüber hinausgehende Rechnungsbeträge werden nicht erstattet.

☞ Es besteht für den Versicherten dann das Risiko, dass er unter Umständen einen höheren Restbetrag nicht erstattet bekommt.

Quelle: Verbraucherzentrale

Besonderheit im Versorgungsnotstand: 100% Erstattung möglich!

Denn von dem von der Verbraucherzentrale beschriebene Punkt, dass die gesetzliche Krankenversicherung nur einen Anteil zahlen würde, kann die Kasse im Versorgungsnotstand abweichen.

Das bedeutet konkret für Sie: liegt ein dringender Behandlungsbedarf vor (ärztliches Rezept) und Sie haben in Ihrer Nähe überhaupt keine Chance, das Sachleistungsprinzip in Anspruch zu nehmen (weil es schlicht keine freien Therapieplätze gibt), dann können Sie auch 100% Kostenerstattung beantragen! Ob dieses bewilligt wird ist nach jetziger Erfahrung eine Einzelfallentscheidung Ihrer Krankenkasse. In jedem Fall gilt: erkundigen Sie sich immer im Vorfeld der Behandlung nach den genauen Bedingungen!

Was, wenn die Krankenkasse kein Kostenerstattungsverfahren genehmigt?

Wenn die Krankenkasse Ihnen keine Genehmigung erteilt, die Therapie innerhalb von Privatsprechstunden wahrzunehmen, obwohl nachweislich ein Therapiebedarf besteht und bei erhöhter Wartezeit mit Folgeschäden zu rechnen ist, würde ich Ihnen empfehlen, einen Einspruch einzulegen. Das ist als Einzelperson möglich, Sie können sich aber auch von folgender Stelle unterstützen lassen: dem Sozialgericht, bei dem Sie einen Antrag auf **Überprüfung des ablehnenden Bescheids der Krankenkasse** stellen müssen. In diesem Fall ist es empfehlenswert, sich von einem Anwalt für Sozialrecht oder einem Patientenberater unterstützen zu lassen.

Ich habe die Inhalte nach bestem Wissen zusammengefasst, übernehme aber keine Garantie für die Richtigkeit.