

## Medizin Heute (01.03.2002)

---

Privatbehandlung für GKV-Versicherte

### Kassentransparenz

Kostenerstattung wie in der "Privaten" gibt es auch bei den gesetzlichen Krankenkassen - nur für freiwillig Versicherte. Eine Marktübersicht für mehr Transparenz im Gesundheitswesen: Wo es sich lohnt...

Die erste Marktübersicht zu den Kostenerstattungs-Bestimmungen der gesetzlichen Krankenkassen hat die Kölner MedWell AG kurz vor dem Jahreswechsel vorgelegt. In der GKV gilt allgemein das Sachleistungsprinzip, d.h. dass der Versicherte z.B. beim Arzt lediglich seine ChipKarte vorlegt, um die Bezahlung macht er sich keine weiteren Gedanken. In der PKV hingegen bekommt er die Rechnung direkt vom Arzt, ihm wird der Betrag anschließend erstattet. Das gibt es als Wahlrecht auch in der GKV, aber nur für freiwillig Versicherte. In den letzten Jahren sind die Beitragssätze der Krankenkassen bei vielen in den Fokus gerückt mit der Folge, dass in Heerscharen Versicherte ihre Kasse wechselten. Bei freiwillig Versicherten kommt noch die Wechselmöglichkeit in die PKV dazu. Für sie können neben dem Beitragssatz aber auch die Regelungen zur Kostenerstattung bei der GKV-Kasse bestimmend sein. Entscheidend dabei sind Flexibilität und Kundenfreundlichkeit mit den Kriterien Wahlumfang, -beginn, -dauer plus Kürzung des Kostenerstattungsbetrages.

Für mehr Transparenz sorgt nun die Studie des MedWell-Instituts für Privat- und Komfortmedizin. Es untersuchte insgesamt 35 Krankenkassen, 16 AOKen, 7 Ersatz-, 7 Betriebs-, 4 Innungskrankenkassen und die Bundesknappschaft, die zusammen mehr als 42 Mio. Mitglieder führen, was einem Marktanteil von ca. 83 Prozent entspricht. GKV-Kassen haben in ihren Satzungen für ihre Mitglieder rechtsverbindlich festgelegt, wie bei ihnen Kostenerstattung funktioniert.

MedWell-Chef Krimmels Kommentar: "Offensichtlich sind die Kassen in ganz unterschiedlicher Weise bestrebt, die Möglichkeit einer Privatbehandlung entweder zu fördern oder aber unattraktiv zu machen." Es ergibt sich jedenfalls ein interessantes Ranking der Kassen: Das Testurteil "sehr gut" erhielten die Techniker Krankenkasse auf Platz 1 und die Gmünder Ersatzkasse auf Platz 2; mit "gut" folgen die Betriebskrankenkasse Zollern-Alb (3), die Bahn-BKK (4), Hanseatische Krankenkasse (5) und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (6). Die untersuchten AOKen landeten alle im Mittelfeld bzw. auf noch schlechteren Plätzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass z.B. die Techniker Krankenkasse (Platz 1) mit fast 40 Prozent der Mitglieder den absolut größten Anteil an freiwillig Versicherten hat (mit 30 Prozent Anteil gefolgt von der Siemens Betriebskrankenkasse - Platz 9 in der Studie). Ansonsten bewegt sich der Anteil der freiwillig Versicherten durchschnittlich bei etwa 14 Prozent.

Freiwillig Versicherte können jederzeit auch in die private Krankenversicherung wechseln. Will eine GKV-Kasse dies verhindern, muss sie neben einem attraktiven Beitragssatz ihrer besonderen Klientel auch größere Möglichkeiten zur Privatbehandlung eröffnen. Das macht die TK mit ihrem hohen Anteil an freiwillig Versicherten (40 Prozent) wie auch die GEK mit einem Durchschnittsanteil von 14,1 Prozent freiwillig

Versicherter - laut MedWell beide in "vorbildlicher Weise." Ein TK-Mitglied kann, wenn es freiwillig versichert ist, jederzeit eine Privatbehandlung wählen, z.B. für die ärztliche Behandlung oder für die Arzneimittelversorgung. Das TK-Mitglied ist für drei Monate an diese Wahl gebunden. Die Kostenerstattung wird von der TK aufgrund der Verwaltungskosten der Kostenerstattung um 5 Prozent gekürzt, wobei diese Kürzung auf mindestens 2,50 Euro und höchstens 25,00 Euro je Erstattung begrenzt ist.

Die Komplexität der unterschiedlichen Abrechnungssysteme macht Aussagen zur Erstattungshöhe schlechterdings so gut wie unmöglich. Der Ermessensspielraum der einzelnen Krankenkasse ist sehr gross. Soll heißen, manche Kassen legen das weit aus und erstatten ihren freiwillig Versicherten möglichst viel von der Privatrechnung. Auch gibt es den Fall, dass eine Krankenkasse eine entsprechende Regelung nicht in ihrer Satzung verankert hat, also hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch darauf, es aber als "gängige Praxis" für sich reklamiert (z.B. BKK für Heilberufe). Zusatztarife werden zukünftig immer wichtiger.

Verlassen immer mehr freiwillig Versicherte die GKV-Kassen (allein im ersten Halbjahr 2001 waren das 100.000), so bluten die GKV-Kassen langsam, aber sicher immer mehr aus. Die vollständige Studie ist zu beziehen über die MedWell Gesundheits-AG, Tel.: 0 18 05-46 84 68 (0,06 €/30 sec.), Internet: [www.medwell.de](http://www.medwell.de).

## KOSTENERSTATTUNG

Wie es funktioniert

Freiwillig Versicherte der GKV-Kassen haben ein Wahlrecht auf Kostenerstattung. Üben sie dieses Wahlrecht aus, können sie sich privat behandeln lassen. Die GKV-Kasse übernimmt im Rahmen der Kostenerstattung diese Kosten in der Höhe, die sie ansonsten bei einer Behandlung auf Chip-Karte hätte übernehmen müssen. Da Privatbehandlungen teurer sind, entsteht eine Finanzierungslücke. Entweder muss der Versicherte diesen Differenzbetrag selbst tragen oder er schließt hierfür eine private Zusatzversicherung ab, den so genannten Kostenerstattungs-Tarif. Die privaten Krankenversicherer bieten immer mehr solcher Tarife an, damit individuell maßgeschneiderte Versorgungsansprüche abgedeckt werden können.

3/2002