

Telebörse (15.11. 2001)

Bei Bedarf privat

Beim Arzt Luxus wie ein Privatpatient - aber trotzdem in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben: eine neue Zusatzversicherung macht es ab Januar möglich.

VON SIMONE SPOHR

Nasskalter November – Grippezeit. Beim Arzt überfüllte Wartezimmer, rundherum husten und niesen alle. Wer schaut da nicht neidisch auf die Privatpatienten, die mit wenigen im Wartezimmer nebenan sitzen und zügig drankommen. Arbeitnehmer, deren Bruttoeinkommen über 78.300 Mark (40.034 Euro) im Jahr liegt, haben die Wahl: Bleiben sie freiwillig Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) oder wechseln sie in eine Privatversicherung (PKV)?

Ab Januar 2002 können sich die rund zwölf Millionen freiwillig gesetzlich Versicherten über eine neue Ergänzungsversicherung, den Kostenerstattungstarif der DKV, dennoch ins Erste-Klasse-Lager der Privatpatienten befördern – ohne gleich ganz aus der gesetzlichen Kasse austreten zu müssen. Denn für viele rechnet sich der Wechsel trotz abnehmender Leistungen der gesetzlichen Kassen nicht – so für den, der eine beitragssteigernde Vorerkrankung mitbringt oder Kinder mitversichern muss. Außerdem: Eine medizinische Grundversorgung müssen die gesetzlichen Kassen trotz immer neuer Sparprogramme weiterhin garantieren. Doch oft liegt es im Ermessen des Arztes, was er als medizinisch notwendig einstuft – und bei welchem Patienten. Denn Ärzte, die ihr Budget überziehen, müssen die Differenz aus eigener Tasche zahlen.

IM NOTFALL LIEBER PRIVAT

Im Krankenhausbereich hat sich eine private Zusatzversorgung längst etabliert. Über vier Millionen Versicherte haben eine Privatversicherung, die ihnen im Ernstfall Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer garantiert.

Im ambulanten Bereich sind es erst 200.000 Patienten, die sich in gesundheitlich brenzligen Situationen heute schon die Behandlung als Privatpatienten leisten. Wenn sie -freiwillig versichert sind, zahlen sie nur geringfügig dazu: Denn nach dem Sozialgesetzbuch muss die Krankenkasse bei einer Privatbehandlung ihrem freiwilligen Mitglied den Betrag erstatten, den sie bei einer Behandlung auf Chipkarte gezahlt hätte. Der Versicherte zahlt lediglich die Differenz zur teureren Privatabrechnung – bisher. Jetzt will der Kostenerstattungstarif, den die DKV mit der -Kölner Medwell-Gesundheits-AG entwickelt hat, diese Lücke bei ambulanter Behandlung und bei der Verordnung mit besseren Arzneimittel schließen.

Allerdings legen die GKV's ihren freiwilligen Mitgliedern bei der Zusatzversicherung unterschiedlich große Steine in den Weg. Das belegt eine Studie, die DIE TELEBÖRSE vorab veröffentlicht.

WER BEZAHLT WAS?

Schmerzhaft für den Privatpatienten ist die Berechnung. Der Arzt kann bis zum 3,5fachen dessen abkassieren, was ihm die gesetzliche Kasse zahlt. Diese Unsicherheit fängt auch der DKV-Kostenerstattungstarif nicht

hundertprozentig auf. Denn im Tarif sind Grenzen für die Erstattung festgeschrieben: zwischen dem 1,15fachen Satz und maximal dem 2,3fachen Satz. Da ist Verhandlungsgeschick beim Arzt gefragt. Doch – wer hat dazu schon die Nerven, wenn er krank ist?

Durch die Konsultation von Medwell-Vertragsärzten kann der Versicherte Restbeträge, die an ihm hängen bleiben, umgehen. Diese Ärzte der unterschiedlichsten Fachrichtungen haben für die Behandlung mit Medwell Qualitätsrichtlinien und ein festes Preis-Leistungs-Verhältnis vereinbart, das durch die DKV-Versicherungspolice voll gedeckt ist. Und: Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und DKV. Der Patient muss nichts aus eigener Tasche vorfinanzieren.

Mit rund 500 Ärzten in Deutschland ist das Netz der Partnerärzte allerdings noch sehr klein. So gibt es in Frankfurt bisher nur zwei Allgemeinmediziner, die zum Medwell-Netz gehören. Ähnlich dürtig fällt das Ergebnis in Hamburg, München oder Berlin aus. Selbst in Köln, wo die DKV und Medwell ihre Firmensitze haben, sind bisher nur drei Allgemeinmediziner Medwell-Vertragspartner.

Einen konkreten Beitrag für den Kostenerstattungstarif nennt die DKV noch nicht – die Zahlen werden in den kommenden Wochen veröffentlicht. „Für einen vierzigjährigen Versicherten sollen es aber auf jeden Fall weniger als 100 Mark pro Monat sein“, verspricht Medwell-Chef Krimmel. Das sind auf jeden Fall mehr als 1.000 Mark im Jahr. Dieser Beitrag kommt zum monatlichen Höchstsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung hinzu. Der Arbeitgeber beteiligt sich nicht daran.

Interessant wird der Tarif erst für diejenigen, die in einer privaten Kasse höhere Beiträge zahlen müssten als in der GKV, die zwei oder mehr Kinder über die GKV mitversichern oder die auf Grund von Vorerkrankungen kein privater Versicherer nimmt. Allerdings fordert die DKV ebenfalls eine Gesundheitsprüfung für den Kostenerstattungstarif. Das Versicherungsprodukt ist nicht die erste gemeinsame Innovation von DKV und Medwell. Im April kam der Optimed-Tarif auf dem Markt.

Dieser bietet gesetzlich Krankenversicherten eine Ergänzung bei Gesundheitsvorsorge und Lifestyle, bis hin zur luxuriösen Komfortmedizin. Das Paket umfasst rund 30 Maßnahmen, welche die GKV nicht mehr bezahlt: von Neugeborenenuntersuchungen über den Test zur Hautkrebs-Früherkennung bis zum Lungencheck. Sogar einige reisemedizinische Impfungen sind abgedeckt, allerdings nur in bestimmten Abständen.

Ab Dezember gibt es den Zusatz-Check auch für privat Versicherte. Denn PKVs decken bei Vorsorge und Früherkennung auch nur den GKV-Regelkatalog ab. Je nach Alter und Geschlecht kostet der Zusatztarif zwischen knapp 200 Mark jährlich für ein Kind unter drei Jahren bis zu knapp 500 Mark für eine Frau über 55 Jahren – der teuersten Gruppe. Für Privatpatienten werden die Tarife allerdings teurer, da die Ärzte mehr für ihre Leistungen abrechnen können.

PATIENTEN ZWEITER KLASSE

Durch Optimed und Kostenerstattungstarif versucht die DKV jetzt schon einen Fuß in einen wachsenden Markt zu bekommen: Gesundheit wird immer wichtiger, Patienten sind bereit, dafür mehr zu bezahlen, und immer mehr Ärzte bieten spezielle Leistungen an. Dieser Markt steht bisher nur Privat- und freiwillig gesetzlich Versicherten offen, die wenigstens einen Teil der Leistungen erstattet bekommen. „Rund 60 Millionen

Pflichtversicherten in den GKV wird heute noch eine privatärztliche Behandlung versagt, auch wenn sie selbst dafür zahlen wollen“, moniert Medwell-Chef Krimmel. Er baut darauf, dass im Zuge der europäischen Anpassung diese Gesetze gelockert werden.

Aus: Die Telebörse, Nr. 47, 15.11.2001, S. 68ff.