Kostenerstattung: wie es funktioniert

GMG-Rahmenbedingungen für privatmedizinische Behandlungsangebote

- **besser:** alle 72 Millionen GKV-Versicherte können Kostenerstattung wählen
- **schlechter:** die Kostenerstattung muss für 1 Jahr und für die gesamte ambulante Behandlung (Arzt, Zahnarzt, Heilmittel und Arzneimittel) gewählt werden

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die Einführung des Wahlrechts auf Kostenerstattung für alle Versicherten ist eines der wenigen positiven Highlights des GKV-Modernisierungsgesetzes GMG). In der ersten Euphorie wurde jedoch vielfach übersehen, dass die Ausübung dieses Wahlrechts seit dem 1.1.2004 sogar eher schwieriger geworden ist. Seither muss der Versicherte nämlich Kostenerstattung für mindestens 1 Jahr und für die gesamte ambulante Behandlung wählen, also für Arzt, Zahnarzt sowie Arznei- und Heilmittel. Und nach der Ausübung des Wahlrechts wartet dann noch die Zwangsberatung durch die Krankenkasse.

Unter diesen erschwerten Bedingungen kann die Kostenerstattung nur dann eine Chance haben, wenn zum einen alle ambulanten Leistungserbringer, insbesondere Ärzte und Zahnärzte, sich in ihrem Vorgehen abstimmen und wenn zum anderen den Kostenerstattungspatienten ein echtes privatmedizinisches Angebot gemacht wird, das auch die inhaltlichen Vorteile der Kostenerstattung verdeutlicht.

Ein systemischer Anreiz für die Wahl von Kostenerstattung könnte allerdings daraus resultieren, dass der Versicherte nur in diesem Fall die Möglichkeit hat, in einen preiswerteren Selbstbehalttarif seiner Krankenkasse zu wechseln. Allerdings werden im Regelfall wohl nur „gesunde“ Versicherte hiervon Gebrauch machen, so dass den Ärzten daraus auf mittlere Sicht kein Zusatznutzen entsteht.

Das Potenzial für Privatbehandlung in einer Durchschnittspraxis (1.200 Patienten)

- **100 Privatpatienten**
- **200 potenzielle Privatpatienten**
- **300 potenzielle IGeL-Patienten**
- **600 reine Kassenpatienten**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die Zielgruppe für die Kostenerstattung sind diejenigen Versicherten, die aus verschiedenen Gründen in der GKV bleiben möchten, aber gleichwohl Interesse an einer optimierten Behandlung als Privatpatient haben. Diese Zielgruppe umfasst aufgrund verschiedener Umfragen etwa 10 bis 15 % der GKV-Versicherten, bezogen auf ganz Deutschland also etwa 7 bis 10 Millionen GKV-Versicherte. In einer Praxis mit 1.200 Patienten wären dies immerhin bis zu 200 potenzielle Privatpatienten, wobei es hierbei starke regionale Unterschiede gibt.

Für einzelne Praxis heißt das, dass diese Patienten eine kleine Minderheit darstellen, die sehr selektiv angesprochen werden müssen. Entsprechendes Informationsmaterial sollte im Regelfall nur vom Arzt persönlich ausgehändigt werden, wenn er sich von den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ein Bild gemacht hat. Da die Erfahrung allerdings zeigt, dass Ärzte die Bereitschaft und Aufgeschlossenheit ihrer Patienten regelmäßig unterschätzen, ist es durchaus empfehlenswert, die eigenen Patienten in einem Fragebogen ankreuzen zu lassen, ob sie weitere Informationen z.B. zu IGeL-Angeboten und auch zur Privatbehandlung im Kostenerstattungsverfahren wünschen.

Gründe für den bisherigen Misserfolg der Kostenerstattungs-Strategien

- **kein klares privatmedizinisches Vorteilsversprechen**
- **unterschiedlichste „Preisgestaltung" in der Ärzteschaft**
- **keinerlei Abstimmung mit anderen Leistungserbringern**
- **obligatorische „Beratung" durch die Krankenkasse**
- **kein passendes PKV-Angebot für Zusatzversicherung**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Insgesamt erinnert die seit Anfang 2004 bestehende Möglichkeit zur „Kostenerstattung für alle" an die letzte Seehofer-Reform aus dem Jahre 1997. Selbst die Gesetzesbegründung wurde im Wortlaut übernommen: „Frei die Versorgungsform wählen zu können, entspricht der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheidet, was für ihn zweckmäßig ist."

Dass die „Kostenerstattung für alle" bis zu ihrem vorzeitigen Ende nach dem Regierungswechsel im Jahre 1998 keine echte Chance hatte, lag auch an der Trägheit der ärztlichen Körperschaften, die ihren Mitgliedern immer nur sagten, wie es nicht geht, anstatt praktikable Handlungsoptionen aufzuzeigen. Nunmehr ergibt sich eine neue Chance, die Optionen der Kostenerstattung darzustellen und sie auf diese Weise behutsam und sozialverträglich in der Versorgungsrealität zu etablieren.

Allerdings haben die bisherigen Erfahrungen mit der neu geregelten Kostenerstattung gezeigt, dass nur ein abgestimmtes Vorgehen der ambulanten Leistungserbringer mit einem klaren Versorgungsangebot an die Patienten zum Ziel führen kann. Deswegen haben isolierte Ansätze einzelner Ärzte oder auch einzelner Arztgruppen wegen der Komplexität der Materie keinerlei Aussicht auf Erfolg, sondern verleihen der Kostenerstattung in der Öffentlichkeit eher noch ein schlechtes Image.

Sektoren der ambulanten Kostenerstattung

• Arzt	PKV – GKV: + 150 %
• Zahnarzt	PKV – GKV: + 30 %
• Heimittelerbringer	PKV – GKV: + 100 %
• Arzneimittel	PKV – GKV: + 10 %
• Hilfsmittel	PKV – GKV: + 0 %

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Unter den Gründen für den mangelnden Erfolg bisheriger Bemühungen zur Etablierung der Kostenerstattung ragt das bei Patienten und Ärzten weitgehend fehlende Bewusstsein für die Tragweite einer Kostenerstattungs-Entscheidung heraus. Die wichtigste Erkenntnis für die Ärzte ist dabei, dass sie unter allen ambulanten Leistungserbringern am meisten von der Kostenerstattung profitieren; denn in keinem anderen Bereich liegen die privaten Vergütungssätze dermaßen deutlich über den Kassensätzen.

Diese Diskrepanz zwischen EBM- und GOÄ-Sätzen hat eine ganze Reihe bedeutsamer Implikationen, so z.B.:

- Die ärztliche Behandlung birgt für den Kostenerstattungspatienten das größte Kostenrisiko.
- Die ärztliche Behandlung macht den mit Abstand höchsten Anteil an den Prämien privater Zusatzversicherungen aus.
- Das Angebot einzelner Ärzte, bei Kostenerstattungspatienten reduzierte GOÄ-Sätze zu berechnen, befreit den Patienten nicht von der Sorge, wie dies bei anderen Ärzten oder anderen Leistungserbringern gehandhabt wird.
- Die freiwillige Reduzierung von GOÄ-Sätzen bei Kostenerstattungspatienten kann das gesamte GOÄ-Gefüge destabilisieren und damit den geldwerten Vorteil zusätzlicher Kostenerstattungspatienten sogar ins Gegenteil verkehren.

offene Frage:
Abzug von der Gesamtvergütung

- **keine gesetzliche Vorgabe; muss im Bundesmantelvertrag geregelt werden**
- **bislang wegen Geringfügigkeit des KE-Volumens nicht geschehen**
- **zwei Regelungsansätze möglich**
  - **Abzug der Kopfpauschale**
  - **Abzug der tatsächlichen Kosten**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

In der Vergangenheit belief sich der Anteil der Kostenerstattungshonorare an den kassenärztlichen Gesamtvergütungen auf Größenordnungen um 0,1 %, so dass die Krankenkassen keinerlei Veranlassung sahen, den ihnen gesetzlich zustehenden Anspruch auf Verrechnung mit der Gesamtvergütung vertraglich zu konkretisieren. Mit einer wachsenden Bedeutung der Kostenerstattung kann dies jedoch anders werden, und es stellt sich dann die interessante Frage, wie diese Verrechnung im Bundesmantelvertrag geregelt werden soll.

Einigt man sich auf einen Abzug der Kopfpauschale, was wohl am einfachsten wäre, dann laufen die Ärzte Gefahr, erhebliche Teile der Gesamtvergütung zu verlieren, wenn – was zu erwarten ist – vor allem jüngere und gesunde Versicherte die Kostenerstattung wählen. Einigt man sich hingegen auf einen Abzug der tatsächlichen ambulanten Arztkosten, so kommen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erhebliche Kontrollaufgaben im Rahmen der Prüfung der Kassenerstattungen zu.

Kostenerstattung Zahnarzt und Zahnersatz

- **Spezifika der zahnärztlichen Versorgung**
  - GOZ nahe an BEMA-Z
  - punktuelles KE-Verfahren möglich
- **Interesse der Zahnärzteschaft an KE:**
  - flexiblere Versorgung
  - Budgetentlastung
- **Vorteile einer Einbeziehung der Zahnärzte**
  - größte Arztgruppe (60.000)
  - viele junge und körperlich gesunde Patienten
  - größere „Verkaufserfahrung“

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die Einbeziehung der Zahnärzte in einen gemeinsamen Ansatz zur Förderung der Kostenerstattung ist von entscheidender Bedeutung. Zum einen ist die zahnärztliche Behandlung für viele Versicherte ein wichtiges Argument bei der Wahl einer privatmedizinischen Versorgungsform, zum anderen werden Zahnarztpraxen auch von körperlich gesunden Versicherten aufgesucht, die für langfristig kalkulierende private Krankenversicherer besonders interessant sind. Darüber hinaus verfügen die Zahnärzte in ihrer Mehrheit über eine größere „Verkaufserfahrung“ im Hinblick auf privatmedizinische Versorgungsformen.

Da die kassenzahnärztlichen Vergütungen im BEMA-Z im Durchschnitt nur geringfügig unter den privatzahnärztlichen Sätzen in der GOZ liegen (in der zahnerhaltenden Behandlung ist dies sogar umgekehrt), liegt das Interesse der Zahnärzte an Kostenerstattungspatienten weniger im reinen Honorarvorteil als vielmehr in der Möglichkeit einer flexibleren Versorgung außerhalb der Honorarbudgets.

Offene Frage:
Beschränkung der KE-Wahl auf „Dienstleistungen“

- **nach § 13 Abs. 2 grundsätzlich möglich: „für Sach- oder Dienstleistungen“**
- **würde für KE-Patienten Arznei- und Hilfsmittel auf Kassenrezept ermöglichen**
- **politisch „nicht gewollt“ (vgl. Begründung zu § 13 Abs. 2), daher durch Gesetzesänderung korrigierbar**
- **entsprechende Kassensatzung würde von Aufsichtsbehörde wohl nicht genehmigt**
- **wohl nur über Bundesverfassungsgericht erreichbar**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Viel Verwirrung herrscht immer wieder bei der Frage, ob der Versicherte für die gesamte ambulante Behandlung Kostenerstattung wählen muss oder ob er diese Wahl auf die personalen Dienstleistungen (Arzt, Zahnarzt, Krankengymnast, Logopäde etc.) beschränken und damit insbesondere Arzneimittel weiter auf Kassenrezept in Anspruch nehmen kann (sog. „Splitting“).

Die Lage ist hier eindeutig: Zwar mag man rechtliche Gründe für ein solches „Splitting“ vorbringen, es ist jedoch eindeutig politisch nicht gewollt. Dies bedeutet im Klartext, dass die Aufsichtsbehörden keine Kassensatzung genehmigen, die ein Splitting vorsieht, und dass im Übrigen durch eine einfache Gesetzesänderung jederzeit auch das letzte juristische Nachhaken unterbunden werden kann.

Deswegen muss jede Initiative zur Stärkung der Kostenerstattung davon ausgehen, dass ein Splitting nicht möglich ist und dass sich die vom Versicherten gewählte Kostenerstattung daher stets auch auf die Arzneimittelversorgung bezieht. Ob dies unter anderen bundespolitischen Vorzeichen zu einem späteren Zeitpunkt geändert werden kann, ist eine ganz andere Frage, aber derzeit reine Spekulation.

Kostenerstattung Arzneimittel

- **mehr Verordnungsfreiheiten für Patient und Arzt**
- **Abzüge vom Erstattungsbetrag:**
  - **GKV-Zuzahlung: 10 % (5 – 10 €) je Arzneimittel**
  - **GKV-Hersteller-Rabatt: 6% (in 2004 16%) des Herstellerabgabepreises**
  - **GKV-Apothekenrabatt: 2 € je Arzneimittel**
  - **für Verwaltungskosten u. fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung: je nach Kasse 3,5 % bis 7,5 %**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die zwangsweise Erstreckung der Kostenerstattungswahl auf die Arzneimittel wird gemeinhin als Nachteil angesehen, da vom Kostenerstattungsbetrag neben der ohnehin obligatorischen Zuzahlung weitere Beträge abgezogen werden, die bei Verordnung auf Kassenrezept nicht anfallen. Bei einem Apothekenabgabepreis von 50 € sind dies z.B. bei der Techniker Krankenkasse im Jahr 2005: 1,50 € Hersteller-Rabatt, 2 € Apothekenrabatt sowie 5 % oder 2,50 € für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten. Zusätzlich zur Zuzahlung muss der Kostenerstattungspatient also in diesem Beispiel 6 von 50 € aus eigener Tasche bezahlen – es sei denn, er verfügt über eine private Zuatzversicherung, welche die von der Kasse nicht getragenen Restkosten ü bernimmt.

Allerdings haben Patient und Arzt von der Kostenerstattung gerade im Arzneimittelbereich auch erhebliche Vorteile. Beide profitieren nämlich von der wesentlich liberaleren privatmedizinischen Versorgung. So erhält der Patient auf Privatrezept Arzneimittel, die ihm wegen der scharfen Richtgrößen auf GKV-Rezept faktisch niemals verordnet würden wären. Beim Grippemittel Tamiflu z.B. muss er zwar neben der gesetzlichen Zuzahlung von 5 € weitere rund 4,50 € aus eigener Tasche zahlen, bekommt aber rund 24 € erstattet, während er als reiner Kassenpatient de facto die gesamten 33,35 € aus eigener Tasche hätte tragen müssen.

Denn mit der Kostenerstattung kann der Arzt den Spieß herumdrehen und die Forderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots an die Krankenkasse weiterleiten. *Sie* entscheidet dann im Wege der Kostenerstattung, ob das Arzneimittel wirtschaftlich ist oder nicht. Demzufolge kann sie die Kosten des Arzneimittels in diesem Fall auch nicht der Richtgröße des Arztes belasten. Auf diese Weise profitieren gerade im Arzneimittelbereich Arzt und Patient gleichermaßen von der Kostenerstattungswahl des Patienten.

Die „Zusatztarife“ der GKV

- **AOK: Koop. DKV** — **kein KE-Tarif**
- **IKK: Koop. Signal-Iduna** — **kein KE-Tarif**
- **BKK: Koop. Barmenia** — **kein KE-Tarif**
- **DAK: Koop. Hanse-Merkur** — **kein KE-Tarif**
- **TK: Koop. Generali** — **kein KE-Tarif**
- **BEK: Koop. HUK-Coburg** — **guter KE-Tarif**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Seit dem 1.1. 2004 können gesetzliche Krankenkassen gem. § 194 Abs. 1 a SGB V ihren Versicherten ganz legal und offiziell den Abschluss von Zusatztarifen privater Krankenversicherungsunternehmen vermitteln. Die meisten Krankenkassen haben hierfür Kooperationsverträge mit jeweils ganz bestimmten PKV-Unternehmen geschlossen. Allerdings beziehen sich diese Kooperationen in der Regel auf andere Tarife als die ambulante Kostenerstattung, nämlich zumeist auf stationäre Zusatztarife, Zahn-Zusatztarife und Auslandsreisekrankenversicherungen.

Von den großen Krankenkassen hat nur die BEK einen ambulanten Kostenerstattungstarif „im Angebot“ – und zwar einen preislich recht attraktiven. BEK-Versicherte erhalten auf diesen „Tarif GKE“ der HUK-Coburg sogar noch eine Ermäßigung von 4 %, so dass für BEK-Patienten der HUK-Tarif zur ambulanten Kostenerstattung sicher eine gute Wahl ist und zu Recht den 2. Platz im großen DIP-Test unter 15 Kostenerstattungstarifen belegt hat (vgl. unten sowie www.dipmed.de) .

Allerdings blendet dieser Tarif Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. Sehhilfen, Heilpraktiker) vollständig aus. Ferner erfolgt die Erstattung nach Vorleistung der Krankenkasse nur bis maximal 90 % des Rechnungsbetrages. Dies bedeutet, dass der Patient in den Fällen, in denen die Kasse bereits 90 % der Rechnung erstattet, trotz Zusatzversicherung auf seinen Restkosten sitzen bleibt. Außerdem wird der HUK-Coburg eine relativ rigide Gesundheitsprüfung nachgesagt, so dass beileibe nicht alle Interessenten bei diesem Tarif auch wirklich zum Zuge kommen. Diesen Versicherten bleibt dann ebenso wie den Mitgliedern anderer Krankenkassen immerhin die Möglichkeit, sich mit anderen im Preis-Leistungs-Verhältnis günstigen Kostenerstattungstarifen wie dem DIP-Testsieger unter den Kostenerstattungstarifen, dem Zusatztarif AM9 der DKV, zu befassen (vgl. unten).

Das Problem:
Kostenerstattungstarife sind teuer !

	Monatsbeiträge in €	
	Mann	Frau
• Einstieg mit 20	30 – 60	40 – 100
• Einstieg mit 40	50 – 120	70 – 140
• Einstieg mit 60	80 – 160	100 – 180

zusätzlich zum GKV-Beitrag !

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Derzeit haben zwar rund 4 Millionen GKV-Versicherte eine stationäre Zusatzversicherung für Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer abgeschlossen, aber nur etwa 200.000 – also nur rund 5 % der erstgenannten Gruppe – eine ambulante Zusatzversicherung für die Privatbehandlung im Kostenerstattungsverfahren. Dass die Kostenerstattung in der Vergangenheit kein „Renner" bei den GKV-Versicherten war, hängt – neben einer fehlenden Transparenz und Kommunikation der Vorteile ambulanter Privatbehandlung – auch mit den je nach Eintrittsalter erheblichen monatlichen Zusatzbelastungen zusammen.

Allerdings entfallen in den Kostenerstattungstarifen, die ja Restkostenversicherungen nach GKV-Vorleistung sind, weit über 50 % der Leistungsausgaben auf die über die EBM-Sätze hinausgehenden GOÄ-Honorare. Mit anderen Worten: Die Tarife sind gerade deswegen so teuer, weil das Honorarniveau der GOÄ so deutlich über dem des EBM liegt. Vor diesem Hintergrund ergibt sich zwangsläufig, dass es aus ärztlicher Sicht nicht Ziel sein darf, von den PKV-Unternehmen niedrigere Versicherungsprämien zu fordern. Denn dies würde zwangsläufig den Druck auf die derzeitige GOÄ erhöhen, die doch das Rückgrat der ärztlichen Honorareinnahmen ist.

Daher gibt es nur folgende sinnvolle Konsequenzen aus den genannten Zusammenhängen:

- Transparenz der Vorteilsversprechen einer ambulanten Privatbehandlung und
- Ausrichtung des Angebots exakt auf die 10 bis 15 % der GKV-Versicherten, die sich eine ambulante Privatbehandlung leisten wollen und leisten können.

Der DIP-Testsieger:
Kostenerstattungstarif AM9 der DKV

- **im Preis-Leistungs-Verhältnis der beste von 15 untersuchten Kostenerstattungstarifen**
- **bewährter Marktführer unter den Kostenerstattungstarifen**
- **100 % Restkosten-Erstattung bei Arzt, Psychotherapeut, Heil- und Hilfsmittel sowie (bis maximal 50 % der Gesamtrechnung) bei Zahnarzt, Zahnersatz und Kieferorthopädie**
- **50 % der Kosten auch ohne GKV-Vorleistung (z.B. Heilpraktiker), bei Sehhilfen sogar 70 %**
- **durch ergänzende Module noch leistungsstärker**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Da Kostenerstattungstarife für die ambulante Privatbehandlung von GKV-Versicherten bislang für die Private Krankenversicherung nur von nachgeordneter Bedeutung waren, bieten bei Weitem nicht alle PKV-Unternehmen entsprechende Tarife an. Das Deutsche Institut für Privatmedizin hat sich einen Marktüberblick verschafft und 15 ambulante Kostenerstattungstarife im Hinblick auf ihr Preis-Leistungs-Verhältnis untersucht.

Klarer Testsieger ist der Tarif AM9 der DKV Deutsche Krankenversicherung. Zwar gibt es preisgünstigere Tarife wie den im DIP-Test drittplazierten Tarif 181 der ARAG, jedoch umfasst dieser keine zahnärztliche Privatbehandlung und ist damit aus Patientensicht nur bedingt attraktiv. Auch der im DIP-Test zweitplazierte Tarif GKE der HUK-Coburg hat Leistungsmängel (vgl. oben), die durch den Preisvorteil nicht gänzlich aufgewogen werden. Einziger Schönheitsfehler des Testsiegers AM9 ist die fehlende Übernahme der Arzneimittel-Restkosten, die nach GKV-Erstattung verbleiben. Diese Kosten sind mit rund 10 % des Arzneimittelpreises jedoch sehr überschaubar.

Ein weiteres Plus: Der AM9 ist kein „virtuelles" Produkt mit nur wenigen Versicherten, sondern ein seit Jahrzehnten bestehender, leistungsfähiger Tarif mit über 35.000 zusatzversicherten GKV-Mitgliedern und damit Marktführer unter den Kostenerstattungstarifen.. Die Monatsbeiträge sind – wie bei allen Tarifen – vom Eintrittsalter abhängig und reichen von 49,88 € (Mann) bzw. 79,65 € (Frau) beim Einstiegsalter 20 – 24 Jahre, über 81,58 € (Mann) bzw. 106,78 € (Frau) beim Einstiegsalter 40 – 44 Jahre, bis 122,58 € (Mann) bzw. 119,86 € (Frau) beim Einstiegsalter 60 – 64 Jahre.

Weitere Informationen zum Tarif AM9 sowie zu den anderen getesteten Tarifen sind verfügbar auf der Homepage des Deutschen Instituts für Privatmedizin www.dipmed.de

Möglichkeiten privatmedizinischer Versorgung für GKV-Patienten (Teil 1: mit PKV)

1. **Wechsel in die PKV**
2. **GKV-Versicherter mit Kostenerstattung und mit Zusatzversicherung**
   - a) **Erstattung bis GOÄ-Schwellenwert**
   - b) **Erstattung bis mittlerer GOÄ-Satz (1,7fach)**
   - c) **Erstattung bis GOÄ-Einfachsatz**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die Möglichkeiten privatmedizinischer Versorgung von GKV-Versicherten sind aufgrund der Entwicklungen der vergangenen Jahre vom systematischen Ansatz her vielfältiger geworden. Ideal für Patienten und Ärzte ist natürlich der Wechsel in die private Vollversicherung. Dies ist allerdings nach wie vor nur den rund 10 Millionen freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern möglich, also Angestellten mit einem Jahresarbeitsentgelt über 41.850 € (Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2004) o der Selbständigen. Ein wichtiger Grund für den baldigen Wechsel in die PKV könnte die Diskussion über eine Bürgerversicherung sein, weil bereits in der PKV Versicherte aus verfassungsrechtlichen Gründen (Schutz der eigentumsgleichen Altersrückstellungen gem. Art. 14 Grundgesetz) kaum in eine allgemeine Zwangsversicherung einbezogen werden können.

Die Wahl einer ambulanten Privatbehandlung im Wege der GKV-Kostenerstattung wird im Regelfall mit dem Abschluss einer entsprechenden privaten Zusatzversicherung verbunden. Während bislang in derartigen Tarife auf der Grundlage der GOÄ ohne Beschränkung auf bestimmte Sätze erstattet wird, gibt es seit dem Jahr 2004 intensive Diskussionen in der Ärzteschaft, mehr Patienten für die Kostenerstattung zu gewinnen, indem durch freiwillige Beschränkungen auf das Standardtarif-Niveau oder sogar auf den GOÄ-Einfachsatz preiswertere Zusatzversicherungen angeboten werden (vgl. unten).

Möglichkeiten privatmedizinischer Versorgung für GKV-Patienten (Teil 2: ohne PKV)

1. **GKV-Versicherter mit Kostenerstattung ohne Zusatzversicherung**
   - **Liquidation bis GOÄ-Schwellenwert**
   - **Liquidation bis mittlerer GOÄ-Satz (1,7fach)**
   - **Liquidation zum GOÄ-Einfachsatz**
2. **GKV-Versicherter mit Teilnahme an ärztlich kontrolliertem Sondersystem („excellence")**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Neben den verschieden Optionen im Bereich der privaten Voll- und Zusatzversicherung besteht selbstverständlich auch die Möglichkeit, Privatbehandlung mit GKV-Kostenerstattung ohne eine entsprechende Zusatzversicherung zu wählen. Die Kosten und Risiken sind angesichts eines Bindungszeitraums von 1 Jahr in der Regel überschaubar. Dies gilt vor allem dann, wenn die behandelnden Ärzte eine Beschränkung der GOÄ-Liquidation auf bestimmte Sätze oder in der Nähe des EBM-Niveaus zusagen. Bei derartigen Zusagen ist allerdings zu beachten, dass nicht selten bereits der Einfachsatz der GOÄ, der vom Arzt gemäß Berufsordnung nur in Ausnahmefällen unterschritten werden darf, deutlich über den entsprechenden EBM-Sätzen liegt. Im Übrigen bleibt dem Patienten natürlich ein Restrisiko für unvorhergesehene und aufwendige fachärztliche oder zahnärztliche Behandlungen.

Als auf ein Jahr befristetes „Schnupperangebot" lässt sich Kostenerstattung dennoch in dieser Form attraktiv ausgestalten, wenn z.B. lokale oder regionale Ärztenetze den an Privatbehandlung interessierten GKV-Patienten ein in sich stimmiges Angebot machen. Allerdings ist bei solchen Modellen stets an die Gefahr zu denken, dass „Billigangebote" in einem Teilmarkt der Privatmedizin auf Dauer ungünstige Rückwirkungen auf die Liquidationsmöglichkeiten im bisherigen PKV-Markt haben können. Dennoch werden derartige Aktivitäten wohl insbesondere dann weiter zunehmen, wenn sich die PKV dem Markt der Kostenerstattungstarife nicht deutlich intensiver als bisher annehmen sollte.

Eine weitere, völlig neuartige Möglichkeit, Privatmedizin bei GKV-Versicherten ohne die komplexen Probleme von Kostenerstattung und Zusatzversicherung anzubieten, besteht im Aufbau ärztlich geleiteter Sondersysteme (vgl. unten)

Vorteile als Privatpatient mit GKV-Kostenerstattung

- **alle Vorteile der Privatbehandlung**
- **Kombination der Vorteile von Kassen- und Privatmedizin**
- **Transparenz der medizinischen Kosten**
- **Wahl von kostengünstigen Selbstbehalttarifen nur bei Kostenerstattung**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Der Erfolg von Kostenerstattung bei GKV-Versicherten steht und fällt mit der Akzeptanz des zugrunde liegenden privatmedizinischen Angebots. Daher sollten die verschiedenen Aspekte der Privatbehandlung bei der Aufzählung der Vorteile einer Kostenerstattungswahl immer im Vordergrund stehen (vgl. unten).

Daneben ist es für viele GKV-Versicherte von Bedeutung, dass sie – anders als beim Wechsel in die private Vollversicherung – eine sehr bequeme und vor allem auch sichere „Rückkehr-Option" haben, indem sie nämlich (frühestens nach einem Jahr) einfach wieder das Sachleistungssystem wählen und eine ggf. abgeschlossenen private Zusatzversicherung kündigen. Auf diese Weise kombiniert der Kostenerstattungspatient die Vorteile von Kassen- und Privatmedizin.

Die Transparenz der Kosten ist ein wichtiges politisches Argument für die Kostenerstattung, entfaltet beim einzelnen Bürger jedoch erfahrungsgemäß keine große Zugkraft. Interessanter für den Bürger ist dagegen, dass nur bei Wahl der Kostenerstattung der Wechsel in einen kostengünstigeren GKV-Selbstbehalttarif möglich ist

Die Vorteile der Privatbehandlung in Stichworten

- **Privatärztlicher Service**
- **Intensive ärztliche Zuwendung**
- **Individuelle Komfortwünsche**
- **Optimaler Behandlungsstil**
- **Modernste Behandlungsverfahren**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Eine Mehrheit der Ärzteschaft hat eine natürliche Hemmung, die Vorteile einer Privatbehandlung transparent auszuweisen oder gar aktiv zu kommunizieren. Erstaunlicher Weise ist dieser innere Widerstand mit keiner vergleichbaren Hemmung bei der Privatliquidation verknüpft. PKV-Unternehmen berichten sogar über eher gegenteilige Phänomene.

Wer die Vorteile der Privatliquidation jedoch bewahren will, kann einer inhaltlichen Beschreibung der Wesensmerkmale der Privatbehandlung nicht aus dem Wege gehen. Das Deutsche Institut für Privatmedizin definiert im Wesentlichen 5 Bereiche, in denen sich in der Arztpraxis die Privatmedizin von der Kassenmedizin unterscheidet. Diese 5 Bereiche sind mit folgenden Begriffen verknüpft: Service, Komfort, Zuwendung, optimal, modern.

Vorteile der Privatbehandlung im Detail

- Sie dürfen einen gehobenen privatärztlichen Praxisservice erwarten. Zumeist ist bereits die Terminvergabe einfacher und die Wartezeit in der Praxis deutlich kürzer.

- Ihr Arzt nimmt sich in der Regel besonders viel Zeit für Sie. In wissenschaftlichen Studien hat sich gezeigt, dass Privatpatienten ausführlicher beraten werden.

- Bei Privatbehandlung können Sie auf den Behandlungsumfang und das Behandlungsverfahren viel stärker selbst Einfluss nehmen. Individuelle Komfortwünsche werden zumeist ganz unkompliziert berücksichtigt.

- Ihr Arzt kann Ihnen den aus seiner Sicht optimalen Behandlungsstil oft nur als Privatbehandlung anbieten. In der Kassenmedizin muss er aufgrund gesetzlicher Vorgaben hiervon nicht selten Abstriche machen.

- Die Anwendung modernster Behandlungsverfahren ist bei Privatbehandlung weniger problematisch. In der Kassenmedizin müssen dagegen erst verschiedene Gremien über die Einführung neuer Verfahren entscheiden

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Die fünf wesentlichen Bereiche, in denen die Vorteile einer Privatbehandlung erkennbar werden, können durchaus in auch rechtlich belastbarer Weise formuliert werden. Die Formulierungsvorschläge des Deutschen Instituts für Privatmedizin können dabei auch in der Kommunikation gegenüber dem Patienten als Vorlage dienen, sollten jedoch an die Gegebenheiten der jeweiligen Praxis angepasst werden.

Dabei sollte darauf geachtet werden, derartige Vorteilsversprechen ausschließlich gegenüber solchen Patienten zu kommunizieren, die sich nach Einschätzung des Arztes oder des Praxispersonals für eine privatärztliche Behandlung interessieren. Eine ungezielte Streuung unter den Patienten könnte sogar gegenteilige Effekte auslösen und neben vermehrtem Diskussionsbedarf auch zur Abwanderung von GKV-Patienten führen. Außerdem sollte es Ziel jeder privatmedizinisch orientierten Argumentation sein, bestimmte Patientengruppen nicht zu deklassieren und die GKV als wichtigen Garanten des sozialen Friedens nicht herabzuwürdigen.

Nutzen-Argumentation gegenüber dem Patienten

Zulässige Informationen	Nicht zulässige oder missverständliche Informationen
• Ihre Krankenkasse zahlt für medizinisch notwendige Leistungen nur, wenn diese Leistungen auch kostengünstig sind.	• Ihre Krankenkasse zahlt nicht mehr für medizinisch notwendigen Leistungen.
• Den aus meiner Sicht optimalen Behandlungsstil kann ich nur als Privatbehandlung anbieten. Für die Behandlung auf Chipkarte muss ich von diesem Behandlungsstil Abstriche machen	• Wenn mein Budget ausgeschöpft ist, kann ich Ihnen medizinisch notwendige Leistungen nur noch als Privatbehandlung anbieten
• Bei Privatbehandlung kann ich Ihren Hausbesuchswünschen besser entgegenkommen.	• Für Kassenpatienten kann ich keine Hausbesuch mehr machen.
• Bei Privatbehandlung kann ich in der Terminvergabe flexibler sein.	• Für Kassenpatienten habe ich keine Termine mehr.

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

In der privatmedizinischen Nutzen-Argumentation gegenüber Patienten werden in der Praxis nicht selten erhebliche Fehler gemacht, die zwar angesichts des häufig anzutreffenden ärztlichen Unmuts über die Bedingungen der Kassenmedizin verständlich sind, die jedoch gleichwohl einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen und deswegen disziplinarrechtliche Konsequenzen haben können.

Deshalb ist es von großer praktischer Bedeutung, die betreffenden Formulierungen „vertragsarztkonform“ auszugestalten. Dabei zeigt sich, dass die zulässige Ausdrucksweise häufig nur um wenige Nuancen neben der unzulässigen Formulierung liegt und dabei teilweise sogar eine noch größere argumentative Wirkung entfaltet.

Kostenerstattung zum GOÄ-Einfachsatz ?
Der falsche Weg !

- **Das Gestaltungs-Instrument „Kostenerstattung wird zum Nulltarif verschleudert.**
- **Die Privatbehandlung wird durch die Einführung einer „Billig-Kostenerstattung“ abgewertet.**
- **Der politischer Druck auf die GOÄ-Steigerungssätze steigt erheblich.**
- **Kostenerstattung als reine Zahlungsalternative ohne inhaltliches Angebot kann jederzeit wieder politisch kassiert werden.**
- **Es kommt keinerlei zusätzliches Geld ins System.**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Mitte 2004 haben einige ärztliche Gruppierungen die Idee einer „Billig-Kostenerstattung“ vorgestellt. Unter dem Eindruck der hohen Kosten für private Zusatzversicherungstarife propagieren sie eine Liquidation in der Nähe des GOÄ-Einfachsatzes, um Kostenerstattung für möglichst viele Versicherte erschwinglich zu machen. Ziel dieser Aktionen ist weniger die Propagierung der Privatmedizin, sondern eher die grundsätzliche Ablösung des Sachleistungs- durch ein Kostenerstattungssystem. Dabei wird jedoch übersehen, dass der Versicherte selbst bei einem solchen Angebot aufgrund möglicher Restkosten in den verschiedenen ambulanten Leistungssektoren nicht unerhebliche finanzielle Risiken eingehen würde. Spätestens nach der obligatorischen Beratung durch seine Krankenkasse dürfte sich ein solches Angebot daher für ihn erledigt haben,

Eine solche „Strategie“ ist deswegen unter Marktaspekten reichlich naiv und zudem hinsichtlich der Auswirkungen auf die bisherige Privatmedizin nicht ungefährlich. Denn die Privatbehandlung, von der weite Teile der Ärzteschaft heute leben, wird durch die Einführung einer „Billig-Kostenerstattung“ abgewertet und gerät selbst in Begründungszwang. Hierdurch wird wiederum der politische Druck auf die GOÄ-Steigerungssätze erheblich verstärkt.

These 1: Die Reduktion der Kostenerstattung auf eine reine Zahlungs-Alternative führt zum Untergang der PKV

Kostenerstattung lediglich als Zahlungs-Alternative zum Sachleistungssystem ist ideologischer Unfug, der an den Realitäten und an den Bedürfnissen der Bürger komplett vorbeigeht.

Der gesellschaftliche und politische Megatrend geht in die genau andere Richtung:

- **Die Regierungskoalition will die Bürgerversicherung und damit das Sachleistungssystem für alle Bürger**
- **Die Versicherungswirtschaft will jetzt sogar in der (Rest-) PKV das Sachleistungssystem einführen.**

Deswegen hat Kostenerstattung nur dann eine Zukunft, wenn dieser Begriff untrennbar mit der Alternative einer besseren medizinischen Versorgung im Sinne der Privatmedizin verknüpft wird.

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Diejenigen Teile der Ärzteschaft, welche die Ausdehnung der Kostenerstattungsoption auf alle GKV-Versicherten zum Anlass nehmen, nunmehr nach Wege zu suchen, wie aus den Praxen heraus ein schleichender Umstieg vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungssystem bewerkstelligt werden kann, erweisen nicht nur der für die Ärzteschaft so wichtigen Privatmedizin einen Bärendienst sondern unterliegen auch einer gravierenden politischen Fehleinschätzung.

Denn sobald die Politik merkt, dass die Kostenerstattung als reine Zahlungsalternative ohne inhaltliches Angebot ausgestaltet wird, dürfte sie diese Wahlmöglichkeit unter dem Beifall von Medien und Verbraucherschützern alsbald wieder kassieren. Denn Kostenerstattung lediglich als Zahlungs-Alternative zum Sachleistungssystem ist ideologisch geprägtes Wunschdenken, das an den Bedürfnissen der Bürger komplett vorbeigeht, die nämlich in ihrer großen Mehrheit eine Zwangsversicherung im Sachleistungssystem tatsächlich wollen.

These 2: Die Grund-Voraussetzung für mehr Kostenerstattung und mehr Privatmedizin ist eine Änderung in den Köpfen der Ärzte

Der entscheidende Vorteil der Privatmedizin im Vergleich zur Kassenmedizin ist die ausschließliche Orientierung an der medizinischen Notwendigkeit und damit das fehlende Wirtschaftlichkeitsgebot.

Das Fehlen dieses Wirtschaftlichkeitsgebots garantiert dem Privatpatienten, dass sein Recht auf optimale medizinische Behandlung nicht kleinlichen Kosten-Nutzen-Überlegungen unterworfen ist.

Wenn die Ärzteschaft nicht in ihrer Mehrheit diesen Vorteil der Privatbehandlung in der täglichen Praxis umsetzt und auch nach außen kommuniziert, wird spätestens bis zum Jahr 2010 folgendes eintreten:

- **Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird auch in die PKV eingeführt.**
- **Die GOÄ wird auf EBM-Niveau zurückgefahren.**

dip Deutsches Institut für Privatmedizin - *Kompetenz im Gesundheitsmarkt*

Kostenerstattung hat sowohl verfassungsrechtlich als auch unter Marktaspekten nur dann eine Zukunft, wenn dieser Begriff untrennbar mit der Alternative einer besseren medizinischen Versorgung im Sinne der Privatmedizin verknüpft wird. Der entscheidende Vorteil der Privatmedizin im Vergleich zur Kassenmedizin ist die ausschließliche Orientierung an der medizinischen Notwendigkeit und damit das Recht auf eine optimale medizinische Behandlung.

Wenn die Ärzteschaft nicht in ihrer Mehrheit diesen Vorteil der Privatbehandlung in der täglichen Praxis umsetzt und auch nach außen kommuniziert, besteht durchaus die Gefahr, dass eine Einheits-Bürgerversicherung auf immer breitere Akzeptanz stößt und bis zum Jahr 2010 die Privatbehandlung faktisch abgeschafft und die GOÄ auf EBM-Niveau zurückgefahren sein wird.