

http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/kassenpatienten/krankenversicherung-zwoelf-irrtuemer-ueber-die-gesetzlichen-kassen_aid_28285.html

Krankenversicherung

Zwölf Irrtümer über die gesetzlichen Kassen

Montag, 08.02.2010, 10:40 · von FOCUS-Online-Redakteurin [Catrin Gesellensetter](#)



Der Frust bei vielen Privatpatienten [soschoenbistdu/Fotolia](#) ist groß

Endlose Wartezeiten, Steinzeitmedizin, Wucherpreise: Kassenpatienten fühlen sich dem System hilflos ausgeliefert. Dabei sind die Gesetzlichen oft besser als ihr Ruf.

Es ist eine verkehrte Welt. Jahrelang haben deutsche Versicherte unter den Lasten immer neuer Gesundheitsreformen gestöhnt. Vor allem in der Ära Ulla Schmidt schien es, als würden die Politiker nach Anzahl der

gesetzlichen Neuerungen bezahlt, die sie für das Gesundheitswesen in Deutschland ersonnen haben. Und so mancher Bürger flehte zum Himmel, er möge dem Treiben ein Ende setzen.

Dieses Flehen ist erhört worden. Seit dem Amtsantritt von Philipp Rösler ist es ruhig geworden an der gesundheitspolitischen Front. Außer ein paar Absichtsbekundungen hat der Minister bislang nur wenig von sich gegeben, echte Reformen sind nicht in Sicht. Glücklicherweise sind die rund 70 Millionen Kassenpatienten trotzdem nicht. Im Gegenteil.

Auch wenn die Beiträge so hoch sind wie nie zuvor, werden viele Versicherte das Gefühl nicht los, immer weniger Leistung für immer mehr Geld zu erhalten. Sie fühlen sich gefangen in einem System, dem sie nicht enttrinnen können, und schielen voller Neid auf die vermeintlich heile Welt der privaten Krankenversicherungen.

Doch ist das staatliche System wirklich so schlecht, wie oft behauptet wird? FOCUS Online hat die gängigsten Vorurteile unter die Lupe genommen – mit erstaunlichen Ergebnissen.

Irrtum 1: Die Kassen unterscheiden sich nicht



Die Versichertenkarte der DAK, einer der ersten Kassen, die Zusatzbeiträge verlangen

AP

Das stimmt nur zum Teil. Richtig ist, dass der Gesetzgeber den Kassen recht strenge Vorgaben darüber macht, welche medizinischen Leistungen sie ihren Mitgliedern zahlen dürfen und welche nicht. Die Folge: Etwa 90 Prozent der Leistungen sind bei jedem der aktuell 169 Anbieter identisch.

Auch was die Preise angeht, bestanden zwischen den einzelnen Kassen zumindest in der jüngeren

Vergangenheit keine Unterschiede mehr. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 hat der Gesetzgeber der gesetzlichen Krankenversicherung einen einheitlichen Beitragssatz von derzeit 14,9 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens verordnet. Besserverdiener müssen ihren Anteil allerdings nur bis zu einer Summe von 45 000 Euro brutto entrichten. Mehr als 558,75 Euro pro Monat müssen daher selbst gut betuchte Versicherte nicht an ihre Kasse bezahlen. Eigentlich. Denn die Kassen brauchen Geld – und beginnen bereits damit, ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge abzuverlangen.

Die einheitliche Linie bröckelt

Bis zu ein Prozent des Bruttoeinkommens dürfen klamme Versicherer, die mit ihrem Geld aus dem Fonds nicht auskommen, zusätzlich berechnen. Die potenziellen Extrakosten können folglich recht schmerzhaft werden. Maximal 37,50 Euro Aufpreis pro Monat müssen Versicherte dann berappen – aus eigener Tasche: Der Arbeitgeber bleibt bei den Zusatzbeträgen außen vor.

Derartig horrenden Extrazahlungen stehen aber längst nicht allen Kassenmitgliedern ins Haus; bislang haben erst zwei Kassen angekündigt, den Maximalbeitrag verlangen zu wollen. Das hat mehrere Gründe. Zum einen müssen die Kassen bei Zusatzbeiträgen von mehr als acht Euro monatlich das Einkommen ihrer Kunden überprüfen, um sicherzustellen, dass die Versicherten nicht überfordert sind. Zum anderen liegt der Finanzbedarf der Kassen rein rechnerisch gerade einmal bei sechs Euro extra pro Versichertem und Monat. In der Praxis variiert der Bedarf an frischem Geld allerdings erheblich. Je nachdem, ob und wie kräftig eine Kasse zulangt, könnten sich also schon bald wieder Preisunterschiede zwischen den einzelnen Anbietern ergeben.

Nette Extras von der Kasse

Noch deutlicher als bei den Kosten sind die Unterscheidungsmöglichkeiten bei einzelnen Leistungen. Denn bei aller gesetzlichen Gleichmacherei dürfen die Kassen

neben ihrem Pflichtprogramm das eine oder andere interessante Extra offerieren. So erlaubt der Gesetzgeber den Kassen zum Beispiel, im Rahmen von zeitlich befristeten „Modellvorhaben“ auch Leistungen anzubieten, die über den gesetzlichen Katalog hinausgehen. So bieten manche Kassen zum Beispiel besondere Betreuungsmöglichkeiten für ältere Patienten an, andere unterstützen innovative Ansätze zur Behandlung von zuckerkranken Mitgliedern oder Patientinnen mit Brustkrebs. Die Einzelheiten zu solchen Aktivitäten und die Laufzeit der Projekte sind in den Satzungen der einzelnen Kassen veröffentlicht.

Zudem dürfen AOK und Co. ihren Versicherten seit einigen Jahren besondere Wahltarife anbieten. Erlaubt ist fast alles: Es findet sich kaum eine Kasse, die ihren Versicherten nicht Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattungen oder besondere Extraleistungen offeriert. So besteht seit einiger Zeit zum Beispiel die Möglichkeit, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel als freiwillige Leistung im Rahmen eines speziellen Tarifangebots zu erstatten. Wer also besonderen Wert auf alternative Heilmethoden legt, sollte sich eine Kasse suchen, die diese Behandlungen tatsächlich im Programm hat.

Wellness auf Krankenschein

Auch in anderen Bereichen lohnt der Leistungs-Check. So sponsern manche Anbieter ihren Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt eine private Haushaltshilfe, andere bieten juristische Unterstützung im Fall eines Behandlungsfehlers oder offerieren spezielle Informationsveranstaltungen für Schwangere. Auch Yogakurse, Ernährungsberatung oder Zuschüsse zu einem Gesundheitsurlaub gehören mittlerweile zum Repertoire einiger Kassen.

Zudem gibt es teils gravierende Service-Unterschiede zwischen den konkurrierenden Anbietern. Wer Wert auf eine schnelle, persönliche Beratung legt, für den ist eine Kasse mit einem dichten Filialnetz eine gute Wahl, wer auch außerhalb der Bürozeiten auf einen Ansprechpartner angewiesen ist, sollte einer Kasse mit möglichst lang besetzten Telefon-Hotlines den Vorzug geben.

Irrtüm 2: Wer die Kasse wechselt, riskiert seinen Versicherungsschutz



Kzenon - Fotolia

Diese Annahme gehört ins Reich der Rechtsirrtümer. Der Grund: In Deutschland ist die Krankenversicherung inzwischen zur Pflichtversicherung für jedermann avanciert. Alle Bürger müssen entweder einer gesetzlichen Kasse angehören oder Mitglied einer privaten Gesellschaft sein – egal, ob sie Gut- oder Geringverdiener sind.

Niemand in Deutschland muss fürchten, plötzlich ohne Versicherungsschutz dazustehen

Die Folge: Pflichtmitglieder und freiwillig Versicherte (bei ihnen liegt

das Jahresbrutto über 49 950 Euro), die bei ihrer alten Krankenkasse austreten, müssen sich keinerlei Sorgen machen, plötzlich ohne Gesundheitsschutz dazustehen. Sollte ein geplanter Wechsel scheitern, etwa weil der Kunde eine Frist verpasst oder die Aufnahme bei einem privaten Anbieter fehlschlägt, ist die Versorgung gesichert: Der Versicherte bleibt dann automatisch Mitglied seiner ursprünglichen Krankenkasse und kann später einen neuen Anlauf für den Wechsel starten.

Irrtum 3: Ein Kassenwechsel ist langwierig und kompliziert



Post an die Kasse spart bares Geld

Rob Byron - Fotolia

Stimmt nicht. Den Löwenanteil der Verwaltungsarbeit leisten Versicherung und Arbeitgeber. Damit der Übertritt in die Wunschkasse reibungslos klappt, sollten sich Wechselwillige allerdings an folgenden Zeitplan halten.

Schritt eins: Kündigung

Sie muss immer schriftlich erfolgen. Auf umfangreiche Ausführungen kann der Versicherte getrost verzichten. Ein schlanker Zweizeiler, „dass die Versicherung hiermit zum nächstmöglichen Termin gekündigt wird“, reicht aus. Um nicht gegen Fristen zu verstoßen, lohnt es sich allerdings, das Kuvert persönlich bei der Kasse abzugeben oder in ein Einschreiben mit Rückschein zu investieren. Wirksam wird die Kündigung zum Monatsende des übernächsten Monats. Wer seinen Brief also zum 29. März bei der Kasse abgibt, kann zum 1. Juni bei seinem neuen Versicherer anheuern.

Schritt zwei: Abschied von der alten Kasse

Spätestens 14 Tage nach Eingang der Kündigung muss die alte Kasse ihrem abtrünnigen Kunden eine Bestätigung ausstellen. Dieses Dokument sollte der Wechselwillige so schnell wie möglich an seinen neuen Versicherer weiterleiten. Um Probleme mit den Fristen zu vermeiden, sollten Versicherte rechtzeitig bei ihrer bisherigen Kasse nachhaken, wenn sich diese mit den erforderlichen Dokumenten zu viel Zeit lässt.

Schritt drei: Rapport beim Chef

Die Zielkasse stellt nun eine Bescheinigung über den Wechsel aus. Den wiederum muss der Versicherte seinem Arbeitgeber vorlegen. Wichtig: Endet die Mitgliedschaft

bei der alten Kasse wie im obigen Beispiel am 31. Mai, muss der Arbeitgeber spätestens an diesem Tag vom Wechsel informiert sein.

Tipp: Versicherten, deren Kasse Zusatzbeiträge in Aussicht stellt, gewährt der Gesetzgeber ein Sonderkündigungsrecht. Wer seiner Kasse rechtzeitig mitteilt, dass er sich wegen der Zusatzbeiträge für den Wechsel zur Konkurrenz entschieden hat, bleibt bereits während der Kündigungsfrist von Extrazahlungen verschont. Versicherte, die Kosten sparen wollen, sollten daher unbedingt sicherstellen, dass ihre Kündigung bei der Kasse eingeht, bevor die erste Extrazahlungen fällig wird.

Irrtum 4: Die Familie ist immer kostenlos mitversichert



Vater, Mutter, Kind zum Einheitspreis: Ganz so einfach funktioniert die Familienversicherung nicht immer. Wojciech Gajda - Fotolia

Richtig ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen anders als die private Konkurrenz derzeit (noch) die Möglichkeit einer kostenlosen Familienversicherung bieten – und zwar sowohl für Pflichtmitglieder wie auch für freiwillig versicherte Kunden. Das bedeutet: Sind beide Partner gesetzlich versichert, bleibt nicht nur der Ehegatte des Familienernährers beitragsfrei, auch die gemeinsamen Kinder leisten bis zum 18. Lebensjahr (je nach Ausbildung sogar bis zum 25. Lebensjahr) keine eigenen

Beiträge. Hat der Nachwuchs vor oder während des Studiums Wehr- oder Zivildienst geleistet, verlängert sich die Altersgrenze für die Familienversicherung um diesen Zeitraum.

Der Nulltarif für die Familie ist allerdings an etliche Voraussetzungen geknüpft. Wichtigste Einschränkung: Übt der Ehegatte eines Kassenpatienten selbst eine versicherungspflichtige Tätigkeit aus, etwa indem er als Teilzeitkraft das Familieneinkommen aufbessert, muss er auch selbst für seinen Versicherungsschutz aufkommen.

Doch auch ohne eine Festanstellung können Probleme auftreten. Der Partner ist nur dann kostenfrei mitversichert, wenn dessen gesamte Einkünfte die Grenze von 365 Euro (bei Minijobs 400 Euro) pro Monat nicht überschreiten. Wer beispielsweise das Haus seiner Eltern erbt und plötzlich Mieteinnahmen von mehr 365 Euro monatlich erzielt, fällt aus der Familienversicherung heraus. In solchen Fällen werden die Beiträge zum Teil sogar rückwirkend fällig. „Nachzahlungsforderungen der Kassen in vierstelliger Höhe sind keine Seltenheit“, warnt Stefan Albers, Vizepräsident des Bundesverbands der Versicherungsberater. Vorsicht ist auch geboten, wenn der Ehepartner zwar als Minijobber arbeitet, aber zugleich Zinserträge oder andere

Einnahmen für sich verbuchen kann. Albers: „Selbst wenn die zusätzlichen Einkünfte minimal sind, muss sich der Partner in diesem Fall selbst versichern.“

Fleißiger Nachwuchs freut auch die Kassen

Noch komplizierter ist die Situation bei familienversicherten Kindern. Zwar gelten auch hier die allgemeinen Verdienstgrenzen. Das heißt: Sprösslinge von Kassenpatienten, die ein regelmäßiges Gesamteinkommen von mehr als 365 beziehungsweise 400 Euro pro Monat beziehen, müssen sich selbst versichern (Bafög-Zahlungen fallen dabei nicht ins Gewicht). Wenn der akademische Nachwuchs sein Budget mit Nebenjobs aufbessert, kommt es aber nicht nur auf den Verdienst an. Auch die Frage, wie viel Zeit ein Student aufs Jobben verwendet, kann über seinen Versicherungsstatus entscheiden.

Studierende, die mehr als 20 Stunden pro Woche arbeiten, unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer. „Diese Stundenzahl ist die absolute Höchstgrenze. Wer also zwei Jobs parallel ausübt, darf deshalb nicht etwa 40 Wochenstunden arbeiten“, so Versicherungsberater Albers. Der Grund: Sobald ein Student regelmäßig mehr als 20 Wochenstunden arbeitet, gehen die Behörden davon aus, dass das Studium nur noch eine Art Nebenbeschäftigung ist. Anders ist die Einschätzung nur dann, wenn der Student in den Semesterferien jobbt. In diesem Fall gibt es keine Beschränkungen im Hinblick auf die Arbeitszeit; es gelten lediglich die normalen Verdienstgrenzen (Bundessozialgericht, Az: B12 KR 4/03 R; B12 KR 5/03 R; B12 KR 24/03 R).

Irrtum 5: Kassenpatienten wird moderne Medizin gar nicht mehr angeboten



Nicht alles was möglich ist, ist auch Franz Pfluegl - Fotolia nötig

Im Gegenteil. Auch wenn es manchmal eine Weile dauert, bis eine neue Behandlungsmethode Eingang in den gesetzlichen Leistungskatalog findet: Kassenpatienten können dennoch von diesen Therapieformen profitieren. Die meisten Ärzte bieten ihren Kassenpatienten bereitwillig das eine oder andere private Highlight an – in Form von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Jenseits von Budgets und

Kostenzwängen können sich so auch Kassenpatienten fast jeden medizinischen Wunsch erfüllen lassen – vorausgesetzt, sie sind bereit, die Extras aus eigener Tasche zu finanzieren. Denn IGeL sind ausnahmslos Leistungen, für die die gesetzlichen Krankenkassen nicht aufkommen.

Gerade aus diesem Grund beäugen Kritiker die privaten Extras mit einiger Skepsis. Da das gesetzliche System alle „medizinisch notwendigen Leistungen“ abdecke, müsse niemand teures Geld für private Extrauntersuchungen ausgeben. „Viele der angebotenen Leistungen verbessern vor allem das Salär des Arztes, nicht aber die Gesundheit des Versicherten“, urteilt Ann Marini von Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen in Berlin.

Nicht alles was geht, ist nötig

Tatsächlich gibt es IGeL-Leistungen, über deren Sinnhaftigkeit man streiten kann. Ob zum Beispiel ein Kaugummi-Test zur Abklärung der Quecksilberbelastung im Speichel sinnvoll ist, müssen Kassenpatienten ebenso für sich entscheiden wie die Frage, ob sie im Rahmen der Anti-Aging-Prophylaxe ihren „oxidativen Stresslevel“ messen lassen wollen.

Generell als Scharlatanerie abstempeln will die Expertin die IGeL-Leistungen allerdings nicht. So sei es zum Beispiel durchaus sinnvoll, wenn sich Versicherte vor einer Fernreise reisemedizinisch beraten ließen und zum Beispiel Medikamente zur Malariaphylaxe erhielten. „Solche Untersuchungen gehören aber nicht in den gesetzlichen Leistungskatalog der Kassen“, so Marini. „Wer das Geld für eine Fernreise hat, muss deshalb auch privat für die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen aufkommen.“

BEISPIELE FÜR INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN

- reisemedizinische Beratung und entsprechende Impfberatung
- Reise-Impfungen
- Eignungsuntersuchungen zum Beispiel für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport
- sportmedizinische Untersuchungen und Beratungen
- allergologische Berufseignungstests (z.B. für Bäcker oder Friseure)
- medizinisch-kosmetische Leistungen wie zum Beispiel das Entfernen von Tätowierungen und Piercings
- Botox und andere ästhetische Operationen
- Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
- Blutgruppenbestimmung auf Wunsch
- Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen auf Wunsch

Transparenz ist Pflicht

Eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK belegt: Fast jedes vierte GKV-Mitglied hat schon Erfahrungen mit IGeL gemacht. Tendenz: steigend. „Ohne Fachkenntnisse ist es jedoch nur schwer möglich, zu beurteilen, welche Angebote sinnvoll sind“, so Alexander Ehlers, Rechtsanwalt und approbierter Arzt aus München. „In jedem Fall sollten Patienten darauf bestehen, dass sie ihr Arzt auch über Alternativen zu den Selbstzahlerleistungen aufklärt und offenlegt, welche Kosten durch die Extras auf sie zukommen.“

Irrtum 6: Die Kasse zahlt nur Zahnersatz nach veralteten Methoden



Auch hochwertiger Zahnersatz wird von der Kasse bezuschusst Yamato - Fotolia

Dieses Vorurteil trifft aus mehreren Gründen nicht zu. Zum einen zahlt die Kasse – abgesehen von wenigen Ausnahmefällen – sowieso nicht die vollständige Versorgung mit Zahnersatz. Sie leistet aber einen Zuschuss, der etwa die Hälfte der Kosten einer Standardtherapie abdeckt. Während sich AOK und Co. früher allerdings nur dann in der Pflicht sahen, wenn ihre Mitglieder die unschönen Lücken per Klammerprothese oder mit

anderen kassentauglichen Methoden versorgen ließen, haben Kassenmitglieder heute die freie Wahl.

Seit Anfang 2005 sponsert die Kasse auch Implantate und andere Edelmethode, die im Leistungskatalog nicht auftauchen. Ein echter Vorteil für die Versicherten. Denn anders als früher machen die Kassen ihren Zuschuss nicht mehr davon abhängig, ob eine möglichst kostengünstige Therapie gewählt wird, sondern orientieren sich am Befund des Patienten. Mit anderen Worten: Es gibt nicht mehr einen Zuschuss für Brücke, Krone oder Klammerprothese – sondern für das Schließen einer Zahnücke. Egal auf welche Weise.

Sponsoring fürs Hightech-Gebiss

Die Summen, die die Kassen zuschießen, richten sich zwar noch immer nach den Kosten einer Standardtherapie – also der einfachen und zweckmäßigen Lösung. Doch zumindest muss der Versicherte die Summen für seine Wunschtherapie nicht mehr ganz allein berappen. Er zahlt lediglich die Differenz zwischen Kassenzuschuss und Rechnungsbetrag.

Tipp: Bei regelmäßiger Prophylaxe gewährt die Kasse einen Bonus von 20 oder 30 Prozent auf den Zuschuss der Kasse, wenn der Patient in den letzten fünf beziehungsweise zehn Jahren mindestens einmal jährlich beim Zahnarzt war.

„Außerdem kann es sich durchaus lohnen, vor einer Behandlung bei mehreren Ärzten einen Kostenvoranschlag in Form eines Heil- und Kostenplans einzuholen“, rät Stefan Etgeton, Leiter des Fachbereichs Gesundheit beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Oft gebe es für ein und denselben Befund verschiedene Behandlungsvorschläge, die sich im Preis erheblich unterscheiden. Der eine oder

andere Zahnarzt arbeite zudem mit preisgünstigen Dentallaboren zusammen – auch hier lasse sich mitunter eine Menge Geld sparen.

Irrtum 7: Kassenpatienten werden schlechter behandelt als Privatpatienten



Viele Privatversicherte bemerken erst zu spät, colourbox
dass die Kasse auch Vorteile bietet

Ganz so einfach liegen die Dinge – Gott sei Dank – nicht. Auch wenn sich viele Kassenmitglieder mittlerweile als Patienten zweiter Klasse fühlen, ist die Qualität ihrer Behandlung – im Vergleich zu vielen unserer europäischen Nachbarn – noch immer exzellent. „Auch das Vorurteil, dass jeder Arzt am liebsten nur Privatpatienten kurieren möchte, lässt sich in dieser Pauschalität nicht halten“, erklärt Alexander Ehlers, Arzt und Rechtsanwalt aus

München.

Dies liegt zum einen daran, dass ein guter Teil der Ärzte in Deutschland mittlerweile ein festes Gehalt bezieht. Ihr Einkommen ist daher unabhängig davon, ob sie Kassen- oder Privatpatienten behandeln. Bei den Klinikärzten ist diese Gestaltung sogar die Regel.

Einzelkämpfer schauen aufs Geld

Bei den niedergelassenen Medizinern sieht die Sache leider anders aus. Zwar werden Festanstellungen auch dort immer beliebter; das Gros der Mediziner in Haus-, Zahn- und Facharztpraxen arbeitet aber noch immer auf eigene Rechnung. Und da lässt sich nicht leugnen, dass die Behandlung von Privatpatienten das lukrativere Geschäft ist.

Zwar sind nur gut zehn Prozent der Deutschen privat krankenversichert, doch diese Minderheit beschert den niedergelassenen Ärzten bereits 26,3 Prozent ihrer Umsätze. Eine Studie der Ökonomen Jürgen Wasem und Stefan Greß aus dem Jahr 2008 kam zu dem Ergebnis, dass Ärzte für Privatbehandlungen etwa 3,6 Milliarden Euro mehr erhalten, als wenn sie diese Leistungen zu Kassenpreisen abgerechnet hätten.

Die höheren Umsätze mit den Privaten besagen aber nicht unbedingt, dass Patienten außerhalb der Kasse automatisch auch die besseren Leistungen erhalten. „Vielfach werden Privatpatienten sogar übertherapiert“, urteilt Peter Oberender, Gesundheitsökonom an der Universität Bayreuth. So kann es schon einmal vorkommen, dass bei einer schnöden Erkältung teure Ultraschalluntersuchungen

durchgeführt werden oder ein Patient wegen eines simplen Knochenbruchs durch den Computertomografen geschoben wird. Oberender: „Solche Methoden sind im besten Falle nur überflüssig und teuer, aber sie bringen natürlich Umsatz für die Arztpraxen, die nach den vielen Gesundheitsreformen oft recht knapp kalkulieren müssen.“

Irrtum 8: Kassenpatienten müssen auf ihre Termine immer länger warten



Im Notfall darf der Arzt auch einen Kassenpatienten nicht abweisen

pix4U - Fotolia

Das stimmt nur zum Teil. „Lange Wartezeiten können, müssen nicht mit dem Versicherungsstatus der Patienten zusammenhängen. Die plausibelste Erklärung, wenn’s mal wieder länger dauert: Der Arzt hat einfach viel zu tun“, so die Einschätzung von Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Allerdings lässt sich nicht leugnen, dass der Stau im Wartezimmer auch versicherungsrechtliche

Gründe haben kann. Das liegt vor allem an den komplizierten Vergütungsstrukturen im gesetzlichen System. Seit Anfang 2009 bezahlen die Kassen pro Patient und Quartal nur noch einen bestimmten Betrag. „Regelleistungsvolumina“ hat die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt dieses System getauft, das für jedes Bundesland und jedes dort vertretene medizinische Fachgebiet festlegt, was ein Patient in drei Monaten kosten darf.

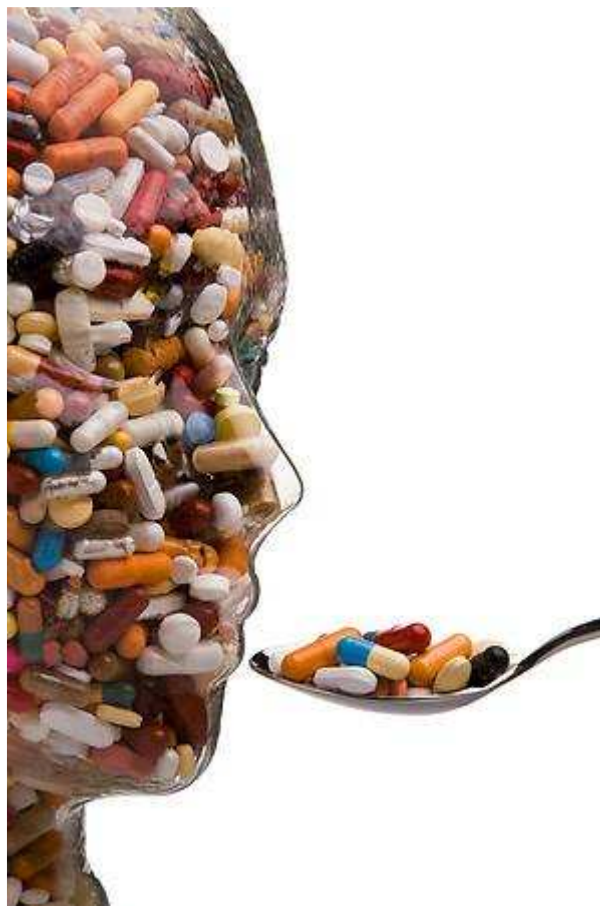
Im Ernstfall darf Geld keine Rolle spielen

Die Summen, die die Mediziner für ihre Dienste erhalten, sind alles andere als üppig. Das Regelleistungsvolumen für bayerische Orthopäden zum Beispiel lag Anfang 2009 bei 29 Euro und 28 Cent pro Quartal. Mit diesem Betrag musste der Arzt auskommen – egal ob der Kunde in dieser Zeit nur einmal vorbeischaute, um sich Einlagen verschreiben zu lassen, oder es galt, einem Patienten nach einer komplizierten Bandscheiben-OP wieder auf die Beine zu helfen. Auch heute noch beklagen viele Mediziner, dass die Vergütung der Kassen nicht ausreicht, um alle Patienten kostendeckend zu behandeln. „Wenn das Quartalsende bevorsteht, kann es daher schon einmal passieren, dass ein Arzt weniger dringende Termine mit einer gewissen Vorlaufzeit vergibt“, so Ärztfunktionär Stahl. Wer jedoch auf eine schnelle medizinische Behandlung angewiesen sei, könne sich auf seine Versorgung verlassen.

Diese These bestätigt auch der Münchner Rechtsanwalt Randhir Dindoyal. „Grundsätzlich müssen alle Mediziner, die an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmen, jedes GKV-Mitglied auch tatsächlich behandeln. Eine Ablehnung der Therapie aus wirtschaftlichen Überlegungen wäre ein Verstoß gegen das Kassenarztrecht.“ Zwar habe kein Patient einen Anspruch darauf, in jeder Situation sofort einen Arzttermin zu erhalten. „Es gibt noch nicht einmal eine Faustregel, ab wann eine Wartezeit beim Arzt als unzumutbar gilt“, so der Jurist. Fest stehe aber: „In Notfällen darf der Arzt keinen Patienten vertrösten, sondern muss sich so schnell wie möglich um ihn kümmern.“ Wenn der Doktor dennoch Patienten ablehnt, die über akute Beschwerden klagen, sollten sich die Betroffenen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beschweren.

Irrtum 9: Kassenpatienten haben keinen Einfluss auf ihre Gesundheitskosten



Diverse Arzneimittel sind inzwischen ohne Zuzahlung zu haben

bilderbox - Fotolia

Das stimmt nur zum Teil. Zwar verlangen alle Krankenkassen seit Anfang 2009 einen einheitlichen Beitragssatz. Manche Anbieter fordern inzwischen allerdings Zusatzbeiträge von bis zu 37,50 im Monat. Wer diese Extrakosten vermeiden will, kann jederzeit zu einem Anbieter wechseln, der ohne oder mit niedrigeren Zusatzprämien auskommt.

Weiteres Sparpotenzial bietet sich zum Beispiel bei der Wahl des richtigen Arzneimittels. In der Regel müssen Kassenpatienten zwar für jedes Medikament bis zu fünf Euro aus eigener Tasche bezahlen. Besonders preiswerte Präparate sind inzwischen allerdings von der Zuzahlungspflicht ausgenommen. Die Liste umfasst derzeit 12 428 Medikamente. Wer sich – nach Rücksprache mit seinem Arzt – bevorzugt Arzneien aus diesem Verzeichnis verschreiben lässt,

kommt in der Apotheke künftig wieder ohne Bargeld aus.

Mehr Freiheit in der Kasse

Sparpotenzial kann sich auch aus den Sondertarifen der Kassen ergeben. „Die Versicherer haben bei der Tarifgestaltung eine Menge Spielraum. Dies eröffnet

Kunden eine Vielzahl neuer Wahlmöglichkeiten und Freiheiten, die sich auch auf die Kosten auswirken können“, so Verbraucherschützer Etgeton. Beispielsweise bieten viele Kassen Bonusprogramme an, die gesundheitsbewusstes Verhalten mit Preisnachlässen belohnen. Wie die Kassen ihre Mitglieder motivieren, ist je nach Anbieter verschieden. Die Bandbreite reicht von Ermäßigungen bei Zuzahlungen über niedrigere Beiträge bis hin zu mehr oder minder attraktiven Sach- oder Geldprämien. Um in den Genuss dieser Vergünstigungen zu kommen, müssen die Versicherten zum Beispiel regelmäßig an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen oder sich in ein Hausarztmodell einschreiben.

Eine weitere Spielart sind sogenannte Selbstbeteiligungstarife. Bei dieser Variante verpflichten sich die Versicherten, einen bestimmten Teil der jährlich entstehenden Behandlungskosten selbst zu tragen. Im Gegenzug erhalten sie einen Erstattungsbetrag von ihrer Krankenkasse. Damit wettet der Versicherte praktisch auf seine gute Gesundheit: Da die maximale Eigenbeteiligung den Erstattungsbetrag überschreitet, profitieren nur Kunden, deren Arztkosten möglichst gering sind. Weiterer Nachteil: Die meisten Selbstbehalttarife sind freiwillig Versicherten vorbehalten und an das Kostenerstattungsprinzip gebunden.

Sparmodelle für Gesunde

Auch das Prinzip der Beitragsrückerstattung hat mittlerweile Eingang in die GKV gehalten. Versicherte, die innerhalb eines Kalenderjahres außer im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen keine Kosten verursacht haben, bekommen von ihrer Kasse einen Betrag von bis zu einem Monatsbeitrag zurück überwiesen. Diese Variante ist durchaus empfehlenswert, solange die Kasse die Beitragsrückerstattung nicht an das Kostenerstattungsprinzip koppelt. Allerdings sollten Versicherte nur wegen der Rückerstattung keine wichtigen Arztbesuche absagen.

Allerdings ist nicht jeder Wahltarif für alle Versicherten gleichermaßen geeignet: Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr sind interessant für Versicherte, die sich davon einen finanziellen Vorteil versprechen, also insbesondere für junge, gesunde Mitglieder mit höherem Einkommen. Weiterer Nachteil: Wer sich für einen Wahltarif entscheidet, bindet sich damit für mindestens drei Jahre unwiderruflich an seine Kasse. Das reguläre Wechselrecht nach 18 Monaten ist damit ebenso ausgeschlossen, wie das Sonderkündigungsrecht bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen. Versicherte, die mit einem solchen Tarif liebäugeln müssen sich daher bewusst sein, dass sie damit der eigenen Krankenkasse einen dreijährigen Blankoscheck für die Erhebung von Zusatzbeiträgen ausstellen.

Irrtum 10: Wer Kostenerstattung wählt, erhält den Status eines Privatpatienten

Dieser weit verbreitete Irrtum kann Kassenpatienten teuer zu stehen kommen. „Auch wenn es



Der Statusgewinn durch Kostenerstattung kann teuer werden

amridesign - Fotolia

verlockend klingt, trotz Kassenmitgliedschaft jede nur denkbare Behandlung zu bekommen – in den meisten Fällen ist diese Spielart für Versicherte ein Verlustgeschäft“, warnt Alexander Ehlers, Fachanwalt für Medizinrecht aus München.

Der klassische Verlauf bei der Kostenerstattung sieht so aus: Statt einfach und bequem per Kassen-Chipkarte zu bezahlen, outet sich der Patient beim Arzt

zunächst als Selbstzahler. Die Folge: Der Mediziner behandelt ihn unabhängig vom Kassenreglement auf Basis der privaten Gebührenordnung. Die Rechnung für seine Leistungen schickt er direkt an den Patienten. Dieser bezahlt zunächst aus eigener Tasche und reicht die Quittungen anschließend bei seiner Krankenkasse ein.

Schöner teurer Schein

Spätestens hier beginnen dann die Komplikationen. Übersteigen die Gebührensätze des Arztes das Kassenniveau, bleibt der Patient schon einmal auf dem Differenzbetrag sitzen. Und es kommt noch schlimmer. „Überwiegend zahlen die Kassen nicht einmal die Summe, die sie bei der Abrechnung auf Chipkarte begleichen würden. Die meisten Anbieter ziehen zusätzlich noch einen Eigenanteil von bis zu zehn Prozent für ihren Verwaltungsaufwand ab“, so Experte Ehlers. Weiterer Nachteil: Die Mindestlaufzeit für die Kostenerstattung beträgt ein volles Jahr.

Tipp: Seit April 2007 hat sich die Situation bei der Kostenerstattung noch einmal verkompliziert. Zwar dürfen die Kassen jetzt auch Tarife anbieten, die die Kosten bis zum 3,5-fachen Satz übernehmen und die Risiken der Versicherten minimieren. Solche Angebote sind allerdings nur gegen Aufpreis zu haben, die genauen Konditionen können variieren. Eine genaue Prüfung der Vertragsbedingungen hat oberste Priorität. Wer nicht stets in Vorleistung treten will, kann die Kostenerstattung zum Teil auch auf den ärztlichen, zahnärztlichen oder den stationären Bereich beschränken.

Irrtum 11: Beamte können sich nicht gesetzlich versichern

Falsch. Im Gegensatz zu anderen Arbeitnehmern unterliegen Beamte selbst bei niedrigeren Einkommen nicht der Versicherungspflicht einer GKV. Die gesetzlichen Kassen stehen ihnen aber dennoch offen.



Finanzbeamte müssen vielen Ehepaaren Privilegien zugestehen Hunta - Fotolia

Für Staatsdiener ist die private Krankenversicherung (PKV) aber meist die günstigere Option – zumal ihr Dienstherr ihnen und ihren unterhaltsberechtigten Familienangehörigen über die Beihilfe einen Teil der Heilkosten ersetzt (in der Regel zwischen 50 und 80 Prozent). Eine solche Unterstützung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich (OVG Münster, Az. 6 A 640/97).

Irrtum 12: Die Kasse zahlt auch Behandlungen im Ausland



Krankentransporte aus dem Ausland können ein Vermögen verschlingen Andre Wi'brock - Fotolia

Diese Auffassung ist zwar nicht völlig falsch, doch wer sich blind darauf verlässt, dass die heimische Kasse auch in fremden Ländern für alle Arztkosten aufkommt, geht ein unnötiges Risiko ein. Zwar bestehen mittlerweile mit vielen europäischen Staaten und einigen wichtigen Reiseländern sogenannte Sozialversicherungsabkommen, die die Gesundheitsversorgung deutscher Touristen im Ausland sicherstellen sollen.

Urlaubsländer mit Sozialversicherungsabkommen:

Zu den Ländern, in denen Versicherte zumindest die landesübliche medizinische Versorgung erhalten sollen, zählen derzeit Belgien, Bosnien-Herzegowina, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Grönland, Irland, Island, Italien, (Rest-) Jugoslawien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Marokko, Mazedonien, die Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Serbien und Montenegro, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei, Tunesien, Ungarn und Zypern.

Dennoch besteht ein erhebliches Risiko, dass Versicherte im Ernstfall auf einem guten Teil der Kosten sitzen bleiben. „Die Kassen dürfen die Kosten einer Behandlung durch ausländische Mediziner nur bis zu der Höhe übernehmen, die auch im Inland entstanden wäre“, erläutert Verbraucherschützer Etgeton. „Eine private Auslandsreise -Krankenversicherung ist daher jedem Versicherten dringend ans Herz zu legen.“

Für einen Jahresbeitrag von etwa zehn Euro kommt sie nicht nur für die medizinische Behandlung im Ausland auf. Auch der oft extrem teure Rücktransport nach Deutschland ist im Preis inbegriffen. Für Experten ist das sogar der größte Vorteil der Policen. Denn die Kassen beteiligen sich an diesen Kosten mit keinem müden Cent. Dabei kann der Transfer in die Heimat schnell an die 40 000 Euro verschlingen.

Tipp: Auch bei den Auslandspolicen gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede beim Leistungsumfang. Einige Anbieter übernehmen sogar die Kosten für den Krankentransport, wenn er aus sozialen Gründen sinnvoll ist, etwa, wenn ältere Reisende in einem Land medizinisch versorgt werden sollen, in dem sie weder die Sprache verstehen noch Ansprechpartner haben. Ein genauer Vergleich der Konditionen ist also in jedem Fall sinnvoll.

© FOCUS Online 1996-2011

Fotos: soschoenbistdu/Fotolia, AP, Kzenon - Fotolia, Rob Byron - Fotolia, Wojciech Gajda - Fotolia, Franz Pfluegl - Fotolia, Yamato - Fotolia, colourbox, pix4U - Fotolia, bilderbox - Fotolia, amridesign - Fotolia, Hunta - Fotolia, Andre Wi'brock - Fotolia
Alle Inhalte, insbesondere die Texte und Bilder von Agenturen, sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur im Rahmen der gewöhnlichen Nutzung des Angebots vervielfältigt, verbreitet oder sonst genutzt werden.