

**Statt ausreichend,
zweckmäßig und wirtschaftlich**

**werde ich ab sofort
bestmöglich behandelt.**



**Informationen zum Kostenerstattungsprinzip
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

Sind Sie gesetzlich krankenversichert?

Sichern Sie sich und Ihrer Familie die bestmögliche Behandlung im Krankheitsfall.

Als gesetzlich Krankenversicherter haben Sie einen soliden Grundschutz im Krankheitsfall. Die Rahmenbedingungen, welche z.B. durch das Sozialgesetzbuch gegeben sind, schränken Ärzte und Behandlungsmethoden leider in vielen Fällen stark ein.



**Gesetzlich versichert,
privat behandelt.**

„Ausreichende und wirtschaftliche“ oder „bestmögliche“ Behandlung?

Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV

Im Sozialgesetzbuch V ist das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot verankert. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Ärzte als Leistungserbringer die Kosten für Behandlungen in einem wirtschaftlich vertretbaren Rahmen halten.

*§ 12 SGB V Absatz 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig **und** wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“*

Was auf den ersten Blick vielleicht vernünftig erscheint, hat häufig dramatische Folgen für gesetzlich Krankenversicherte. Das Wirtschaftlichkeitsgebot stellt den Arzt damit vor die Wahl:

Bestmögliche - oder ausreichende, zweckmäßige **und** wirtschaftliche Behandlung?

Ist eine Behandlungsmethode zweckvoll, aber nicht wirtschaftlich oder mehr als ausreichend, darf weder Ihr Arzt diese Behandlung durchführen noch Ihre Krankenkasse die Kosten übernehmen!

Regelleistungsvolumen

Ärzte unterliegen heute einer Reglementierung und Budgetierung, die genau festlegt, wie viele Patienten pro Quartal behandelt werden dürfen, wie viel für diese Patienten pro Quartal an Medikamenten ausgegeben werden darf und wie viele Untersuchungen für diese Patienten pro Quartal abgerechnet werden dürfen.

Pro Quartal erhält ein Allgemeinmediziner für einen gesetzlich Versicherten ca. 35 EUR

35 EUR ärztliches Honorar - und dies unabhängig davon, wie oft der Patient in diesem Zeitraum vom Arzt behandelt wird. Was darüber hinaus geht, das ist Risiko des einzelnen Arztes, dafür bekommt er kein Entgelt.

Sie werden daher vermutlich öfters hören, dass eine von Ihnen gewünschte und aus medizinischer Sicht sinnvolle Untersuchung oder Behandlung nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden kann.

Die Lösung: Werden Sie als gesetzlich Versicherte/r Privatpatient/in.

Privatpatient als gesetzlich Versicherte(r)

Ihre Vorteile als Privatpatient/in:

- In der Regel geringere Wartezeiten für einen Termin beim Spezialisten
- Behandlungsmethoden nach dem neuesten Stand der Medizin
- Ihr Arzt erhält ein angemessenes Honorar für jede Behandlung
- Ihr Arzt ist nicht mehr an ein Regelleistungsvolumen gebunden
- Keine Zuzahlungen mehr (für Medikamente, Massagen...)
- Freie Wahl unter allen zugelassenen Arzneimitteln
- Sie sind nicht mehr an die Kataloge der gesetzlichen Krankenkassen gebunden
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung ist möglich

Wie funktioniert das „Kostenerstattungsprinzip“?

Bereits seit dem Jahr 2004 hat jeder gesetzlich Krankenversicherte die Möglichkeit, den Status eines Privatpatienten zu erhalten, ohne die GKV dafür verlassen zu müssen.

Viele von Ihnen kennen das „Kostenerstattungsprinzip“ unbewusst bereits durch ihren Zahnarzt im Rahmen von Zahnersatz.

1. Behandlung beim Arzt
2. -> Rechnung an den Patienten
3. -> Teilerstattung durch die GKV
4. -> Erstattung Restkosten durch private Zusatzversicherung

Der Arzt stellt eine Rechnung direkt an seinen Patienten. Dieser lässt sich einen Teil der Kosten durch die Krankenkasse erstatten und erhält den Rest oder einen Teil davon von seiner privaten Zusatzversicherung (sofern vorhanden).

Was muss ich tun, um zukünftig privat behandelt zu werden?

1. Schließen Sie eine entsprechende Zusatzversicherung ab.
2. Beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse das Kostenerstattungsprinzip.

FAQ
Häufig gestellte Fragen

Haben Sie noch Fragen?

Frage	Antwort
Wer kann das Kostenerstattungsprinzip wählen?	Jeder gesetzlich Krankenversicherte - unabhängig ob freiwillig oder pflichtversichert.
Müssen alle Familienversicherten dann auch nach dem Kostenerstattungsprinzip versichert werden?	Nein, es kann für jede Person einzeln vereinbart werden.
In welchen Bereichen kann das Kostenerstattungsprinzip gewählt werden?	Ambulant, Stationär, Zahn. Sinnvoll ist es im ambulanten Bereich. (Im stationären Bereich und im Zahnbereich kann es über herkömmliche Zusatzversicherungen sehr gut abgesichert werden.)
Welche Zusatzversicherung benötige ich?	Sie benötigen einen sog. „Kostenerstattungstarif“ für ambulante Restkosten. Diese Tarife werden jedoch nicht von allen privaten Krankenversicherern angeboten.
Was kostet eine entsprechende Zusatzversicherung?	Je nach Umfang betragen die Monatsbeiträge: Kinder: zwischen 13 € und 35 € Erwachsene (30 J. alt): zwischen 25 € und 150 € Wir empfehlen darüber hinaus den Abschluss einer stationären Zusatzversicherung für Wahlleistungen (Spezialist/ Unterkunft). Die Kosten betragen bei Kindern mtl. nur ca. 5 €, bei Erwachsenen 20-40 €.
Wie wechsel ich in das Kostenerstattungsprinzip?	Die Beantragung erfolgt bei Ihrer Krankenkasse mit einem entsprechenden Formular.
Wie lange bin ich an das Kostenerstattungsprinzip gebunden?	Für mind. 3 Monate. Danach können Sie das Kostenerstattungsprinzip auch einfach wieder abwählen.
Welche Nachteile habe ich?	Einen etwas höheren Verwaltungsaufwand, da Sie die Arztrechnungen zunächst bei der Krankenkasse und bei dann der privaten Zusatzversicherung einreichen müssen.

Ihr Ansprechpartner: