

Gesetzlich versichert und trotzdem Privatpatient

7. April 2022



Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) und fühlen sich gegenüber Privatpatienten benachteiligt? Meist sind längere Wartezeiten der Stein des Anstoßes, zum Teil auch Einschränkungen bei den ärztlichen Leistungen und die Schwierigkeit, zeitnah einen Facharzttermin zu bekommen.

In der GKV erhalten Sie medizinische Leistungen gegen Vorlage Ihrer Versichertenkarte. Dieses Prinzip nennt sich **Sachleistungsprinzip**. Der Arzt rechnet direkt mit der Krankenkasse ab. Dieses System ist bequem, aber auch intransparent.

Die Leistungen Ihrer GKV schützen Sie im Krankheitsfall. Den Umfang bestimmt das Wirtschaftlichkeitsgebot, denn die Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein und „sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (Sozialgesetzbuch, 5. Buch, §12). Ärzte müssen sich also bei der Behandlung von Patienten in einem Kostenrahmen bewegen, den die gesetzlichen Krankenkassen vorgeben. Überschreiten Ärzte den Kostenrahmen für Behandlungen, drohen ihnen Erstattungspflichten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse.

Diese Vorgabe hat Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von (Fach-)Arztterminen, das Spektrum der Diagnostik und die Behandlungsmethoden. Nicht immer decken sich hier die Vorgaben des Gesetzgebers mit dem ärztlichen Rat.

Möchten Sie schon bei der Terminvergabe bevorzugt behandelt werden und auch hinsichtlich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ganz den Empfehlungen des behandelnden Arztes folgen können – ohne dass dieser durch den gesetzlichen Rahmen begrenzt wird? Die Lösung bietet das sogenannte **Kostenerstattungsprinzip** (§13 Absatz 2 SGB).

Für welche Leistungsbereiche kann das Kostenerstattungsprinzip gewählt werden?

- ambulante ärztliche Versorgung
- zahnärztliche Versorgung
- stationäre Versorgung
- verordnete Leistungen (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen)

Wenn Sie bei Ihrer Krankenkasse den Wahltarif der Kostenerstattung wählen, benutzen Sie Ihre Versichertenkarte nicht mehr, sondern Sie zahlen alle medizinischen Leistungen selbst und reichen die Rechnungen und Quittungen bei der Krankenkasse ein, die Ihnen anschließend den Krankenkassenanteil erstattet. Wenn Sie Ihre Arztrechnungen selbst bezahlen, genießen Sie denselben Status wie Privatpatienten und Ärzte können gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) höhere Honorare abrechnen.

Von einer privaten Premium-Krankenzusatzversicherung werden diese Mehrkosten übernommen. Sie erschließen sich eine hochwertige medizinische Versorgung, sichern sich den Privatpatientenstatus, bleiben aber weiterhin gesetzlich versichert. Sie müssen sich nicht zwischen zwei Systemen entscheiden, sondern nutzen private und gesetzliche Vorteile wie z. B. die Familienversicherung und bleiben flexibel.

Welche Leistungen können über eine ambulante Premium-Krankenzusatzversicherung versichert werden?

Ein Premiumschutz beinhaltet z. B. folgende Leistungen:



	Rechnung	Kassenleistung
Check-up und Vorsorgeuntersuchungen (GKV-Angebot ab 35 Jahren)	400,00 €	0,00 €
4 x osteopathische Behandlung	540,00 €	120,00 €
Original-Sortispräparate (Cholesterinsenker)	108,68 €	5,03 €
Rechnung für eine Brille	500,00 €	0,00 €
Privatarztbehandlung	420,00 €	0,00 €
Gesamtbetrag	1.968,68 €	
Kassenleistung		125,03 €

Eigenanteil, den die Krankenzusatzversicherung übernimmt

1.843,65 €



Beitragsbeispiele

Für Kinder bis zum Alter von 19 Jahren	35,41 € monatlich
Eintrittsalter 35 Jahre	150,01 € monatlich
Eintrittsalter 45 Jahre	169,52 € monatlich

Gesundheit ist kostbar – trotzdem soll sie bezahlbar bleiben

Vorteile auf einen Blick

- + Behandlung als Privatpatient, auch für Vorsorge und Prävention
- + Schnellere Terminvergabe und kürzere Wartezeiten in der Praxis
- + Reduzierung gesetzlicher Eigenanteile
- + Keine gesetzlichen Zuzahlungen

Auch im Krankenhaus behandelt werden wie ein Privatpatient

Auch für jede Erkrankung und ihre Behandlung im Rahmen stationärer Klinikaufenthalte sind bestimmte pauschale Beträge festgelegt, die die Klinik pro Behandlungsfall für den Patienten von den Kostenträgern erstattet bekommt. Diese sogenannten Fallpauschalen werden unabhängig von tatsächlicher Verweildauer und Behandlungsaufwand gezahlt.

Der Idealpatient ist jung, benötigt wenig Aufmerksamkeit und verlässt die Klinik innerhalb des vorgesehenen Zeitfensters ohne Komplikationen. Ist das nicht der Fall, trägt die Klinik die anfallenden höheren Kosten selbst. Das Krankenhaus ist also gezwungen, alle Kosten, die während eines stationären Aufenthaltes entstehen, im Rahmen der Fallpauschale streng zu begrenzen.

Hat ein Patient allerdings eine private Krankenzusatzversicherung, hat die Klinik die Möglichkeit, die tatsächlichen Aufwendungen leistungsgerechter abzurechnen. Für den Patienten selbst bedeutet das, dass er auch modernere, unter Umständen auch weniger invasive Behandlungen nutzen kann, die im Rahmen der Fallpauschale nicht zur Verfügung stehen. Dies wirkt sich z. B. auch auf die Auswahl an Materialien und Medikamenten aus.

Vorteile auf einen Blick

- + Behandlung durch den Spezialisten der Wahl, das kann auch der Oberarzt oder der Chefarzt sein
- + Freie Krankenhauswahl
- + Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer
- + Nutzung eines Spezialisten auch bei ambulanten Operationen

Beitragsbeispiele

Für Kinder bis zum Alter von 15 Jahren	7,43 € monatlich
Für Jugendliche bis zum Alter von 20 Jahren	14,65 € monatlich
Eintrittsalter 35 Jahre	46,95 € monatlich
Eintrittsalter 45 Jahre	61,58 € monatlich



Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Wir erläutern Ihnen gerne ausführlich das Kostenerstattungsprinzip und sichern die Lücke zwischen privater und gesetzlicher Versorgung mit einer leistungsstarken Krankenzusatzversicherung für Sie ab.

Viele Angebote am Markt sind „Mogelpackungen“, da sie versteckte Begrenzungen enthalten. Aus unabhängiger Position haben wir die Stärken und Schwächen der einzelnen Produktlösungen bewertet. Wir sorgen dafür, dass Ihre Krankenzusatzversicherung Ihre Erwartungen erfüllt und Sie die Privilegien erstklassiger medizinischer Versorgung genießen.