



Leistungsunterschiede in der GKV

Der Wettbewerb blüht

Der Volksmund sagt, alle Krankenkassen sind gleich. Doch die Praxis beweist, dass er irrt.

von Matthias Eislöffel

Gesetzliche Krankenkassen? Die sind doch sowieso alle gleich!" Diese Ansicht ist immer noch sehr verbreitet und trifft zu einem gewissen Grad auch zu. Tatsächlich sind etwa 96 Prozent der Kassenleistungen durch den Gesetzgeber für alle Kassen vorgegeben. Um die verbleibenden vier Prozent ist allerdings inzwischen ein beinhardter Wettbewerb entbrannt. Und nachdem per Gesetz auch ein einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen festgelegt wurde, spielt sich dieser Wettbewerb tatsächlich bei den Leistungen ab. Doch welche Bereiche sind hier interessant?

Da sind zunächst die Wahltarife. Selbstbehaltstarife und Tarife zur Beitragsrückerstattung bieten dem Versicherten Sparpotentiale, wenn er selten oder gar nicht medizinische Leistungen in Anspruch nimmt. Allerdings muss er bei Krankheit Leistungen im Rahmen eines Selbsthalts bis zu einer bestimmten Höhe selbst tragen oder es entfällt über die Beitragsrückerstattung im Nachhinein die Prämie.

Der Bonus macht's

Einige Wahltarife bieten bessere oder Mehrleistungen an, kosten aber auch zusätzlichen Beitrag, zum Beispiel Tarife zur variablen Kostenerstattung, in denen der Versicherte – analog zur PKV – die Rechnung zunächst selbst zahlt und dann von der Kasse eine – höhere – Erstattung erhält. Ferner gibt es Tarife für spezielle Arzneimittel, die die Kasse sonst nicht übernimmt, sowie Krankengeldtarife für Selbstständige, die über das gesetzliche Krankengeld hinausgehen. Wahltarife sind in der Regel mit einer Mindestbindungsfrist an die Krankenkasse verbunden, die zumeist ein Jahr, bei Selbstbehalt- und Krankengeldwahltarifen aber drei Jahre beträgt.

Interessanter können daher Bonusprogramme sein. Hier gibt es keine Mindestbindungsfrist und deutlich weniger finanzielle Risiken. Honoriert wird gesundheitsbewusstes Verhalten wie beispielsweise regelmäßiger Sport oder die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen. Die meisten Kassen haben jeweils ein eigenes Modell, was die Vergleichbarkeit häufig erschwert.

Am häufigsten zu finden ist das „Punktesammeln“: Jeder Versicherte erhält für absolvierte Maßnahmen eine Punktzahl gutgeschrieben, in einem „Bonusheft“ werden die entsprechenden Positionen vermerkt. Ab einer bestimmten Punktzahl gibt es Prämien, entweder Sachprämien oder Gutscheine, meistens jedoch Geld. Im Schnitt sind 100 bis 200 Euro pro Jahr möglich, der Spitzenwert liegt bei 600 Euro.

Bei manchen Kassen steigt der Bonus über mehrere Jahre an. Aber Achtung: Für manche Maßnahmen erhält der Versicherte zwar einen Bonus, muss deren Kosten aber selbst tragen, etwa bei der professionellen Zahnreinigung. Häufig können auch mitversicherte Angehörige Punkte sammeln, zum Teil gibt es spezielle Familien- oder Kinder-Bonusprogramme. Viele Kassen bieten auch Vorteile bei kostenbewusstem Verhalten. Nutzt der Versicherte bestimmte Generika, Hilfsmittel oder Hersteller von Zahnersatz, muss er weniger zuzahlen. Auch für die Nutzung bestimmter Apotheken gibt es finanzielle Vorteile.

Auf die sanfte Tour

Viele Versicherte stehen der Schulmedizin skeptisch gegenüber und suchen nach „sanften“ Alternativen. Naturheilverfahren sind daher sehr gefragt. Die gesetzlichen

Krankenkassen übernehmen inzwischen für eine ganze Reihe solcher Verfahren die Kosten. Bei vielen Verfahren ist die Wirkung aber äußerst umstritten. Von Gesetzes wegen ist kaum vorgeschrieben, was die Kassen hier dürfen oder nicht. Ganz klar leisten müssen sie für Akupunktur – aber nur bei chronischen Rücken- und Knieschmerzen, da ist es sogar eine Regelleistung. Bei allen anderen Indikationen ist ihnen die Leistung sogar untersagt.

Denn es ist rechtlich geregelt, wofür Kassen nicht leisten dürfen: Heilpraktikerleistungen sind zum Beispiel ausgeschlossen. Wer also Leistungen für Naturheilverfahren und alternative Heilmethoden erhalten will, muss immer zu einem zugelassenen Arzt mit entsprechender Zusatzausbildung gehen oder aber eine entsprechende private Zusatzpolice abschließen.

Der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (GBA), ein Selbstverwaltungsgremium von Ärzten und Krankenkassen, hat zudem eine Liste von Verfahren erstellt, die von den Kassen nicht übernommen werden dürfen. Theoretisch dürfen die Kassen für alles leisten, was nicht vom GBA verboten wurde. Doch oft zahlen sie nur für Verfahren, die vom Ausschuss ausdrücklich empfohlen werden. Einige Naturheilverfahren sind inzwischen in den sogenannten „Heilmittelkatalog“ aufgenommen und damit zur Regelleistung geworden, müssen also von allen Kassen bezahlt werden.

Hierzu gehören etwa Kryotherapie, Chirotherapie oder Elektrophotherapie. Einige Kassen bieten auch Wahltarife, bei denen zumindest Medikamente der „besonderen Therapierichtungen“ übernommen werden. Allerdings bindet sich der Versicherte damit für ein Jahr an die Kasse und muss obendrein in aller Regel einen zusätzlichen Beitrag zahlen. Dagegen haben mittlerweile viele Kassen im ambulanten Bereich für bestimmte Naturheilverfahren – vor allem bei der sehr stark nachgefragten Homöopathie – im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ Verträge mit qualifizierten Ärzten geschlossen und können ihren Versicherten so wirklich eine verbesserte Versorgung (ohne Aufpreis) anbieten. Versicherte, die eine Kasse suchen, die für ein bestimmtes Naturheilverfahren leistet, sollten daher unbedingt vorher mit der Kasse sprechen.

Bestens vernetzt

Die erwähnte „Integrierte Versorgung“ soll eine bessere Vernetzung der Fachdisziplinen und Sektoren im Gesundheitswesen ermöglichen. Abstimmungsprobleme zwischen Ärzten und Krankenhäusern sowie teure und überflüssige Mehrfachbehandlungen sollen so vermieden werden. Die Krankenkassen können dazu direkt Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern, also Ärzten, Kliniken, Apothekern

und Reha-Einrichtungen, abschließen, die dann zusammenarbeiten und ihr Wissen austauschen.

In der Regel geschieht dies für bestimmte Indikationen Erkrankungen, es gibt aber auch andere, regionale Ansätze, beispielsweise zur Bildung von Praxisnetzen. Analog zur Integrierten Versorgung, die stationäre und ambulante Behandlung besser vernetzen soll, gibt es mit der „besonderen ambulanten Versorgung“ ein Pendant zur Zusammenarbeit ambulanter Leistungserbringer. Wichtig: Diese besonderen Versorgungsformen sollen bei bestimmten Erkrankungen eine noch bessere Versorgung bieten. Hat eine Kasse hier kein Angebot, heißt das nicht, dass sie für die Behandlung der Krankheit nicht zahlt.

Einige Bereiche, für die solche Versorgungsverträge existieren, sind etwa Augen- und psychische Erkrankungen, die Wundversorgung, Krebserkrankungen und Orthopädie. Mittlerweile gibt es unzählige Verträge in sehr vielen Bereichen, wobei die Verträge in der Regel sehr spezifisch für bestimmte Indikationen gelten. Entscheidend für den Versicherten ist: Bietet die Kasse eine verbesserte Versorgung für die Krankheit, an der er leidet? Ist dieses Angebot regional begrenzt? Kann der Versicherte das Angebot auch nutzen, wenn es nicht in seinem Bundesland angeboten wird?

Kassen können punkten

Auch mit Zusatzleistungen können sich Kassen von ihren Wettbewerbern abheben. Anfang 2012 wurden ihnen mit dem sogenannten „Versorgungsstrukturgesetz“ weitere Leistungsmöglichkeiten in bestimmten Bereichen eingeräumt. Schon bisher konnten sie etwa bei der häuslichen Krankenpflege punkten. Benötigt ein Versicherter zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause Behandlungspflege, kann die Kasse auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen.

Kann ein Versicherter wegen Krankheit seinen Haushalt nicht führen, muss die Kasse ihm eine Haushaltshilfe finanzieren – sofern ein Kind im Haushalt lebt, das entweder noch nicht zwölf Jahre alt oder behindert ist. Manche Kassen leisten hier auch, wenn es sich um ältere Kinder handelt, kein Nachwuchs vorhanden ist oder auch über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum hinaus. Einige Kassen übernehmen auch weitere Vorsorgeuntersuchungen, ebenso bieten manche eine Kostenübernahme für zusätzliche Schutzimpfungen an.

Häufig werden spezielle Programme zur Patientenschulung angeboten, zum Beispiel bei Adipositas oder chronischen Rückenschmerzen. Bis zu einem bestimmten Alter eines Kin-

des übernehmen die Kassen bei einer stationären Krankenhausaufnahme auch die Kosten für die Mitaufnahme eines Elternteils. Auch hier bieten einige Kassen Leistungen über die gesetzlichen Mindestvorgaben hinaus.

Durch das neue Gesetz haben die Kassen zudem die Möglichkeit bekommen, mehr Leistungen in den Bereichen Vorsorge- und Rehabilitation, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen sowie Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer anzubieten. Diese Leistungen müssen die Kassen in ihrer Satzung festschreiben. Erste Angebote sind erarbeitet, es muss sich aber noch zeigen, was sich davon tatsächlich durchsetzt und von den Aufsichtsbehörden genehmigt wird.

Service rund um die Uhr

Zur individuellen Gesundheitsförderung bieten die Kassen eigene Kurse an oder übernehmen ganz oder teilweise die Kosten für Kurse externer Anbieter. Es gibt Programme aus mehreren Themenbereichen, hauptsächlich zu Bewegung, Ernährung, Übergewicht, Stressbewältigung, Entspannung, Nichtrauchen und Alkohol. Dabei zahlt die Kasse maximal zwei Kurse im Jahr.

Auch im Servicebereich gibt es teilweise deutliche Unterschiede. Beispiel telefonische Erreichbarkeit. Während manche Kassen normale Geschäftszeiten für ausreichend erachten, bieten andere ein Servicetelefon rund um die Uhr. Bei manchen gibt es sogar fremdsprachigen Telefonservice. Auch sehr oft angeboten wird eine medizinische Informationshotline mit speziell geschultem Personal, bei der Versicherte Fragen zu Behandlung, Medikation und vielen anderen Dingen stellen können.

Häufig werden auf den Internetseiten der Kassen sogenannte „Online-Filialen“ angeboten. Hier kann der Versicherte in einem passwortgeschützten Bereich persönliche Daten ändern, Leistungsanträge stellen oder Dokumente anfordern. Weitere Serviceleistungen sind Behandlungsfehlermanagement, individuelle Versorgungsberatung für schwer kranke Menschen, Reha-Beratung durch geschulte Fachkräfte, Hilfe bei der Vermittlung von Arztterminen, sowie Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen oder Schutzimpfungen.

Im Ausland eher mau

Die Gesetzliche Krankenversicherung soll vor allem die gesundheitliche Versorgung im Inland sicherstellen. Im Aus-

land bieten die Kassen daher nur eingeschränkt Schutz. Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte auf der Rückseite der Versichertenkarte sind Behandlungen im EU-Ausland möglich, allerdings zu den Standards des jeweiligen Landes. Und: Die Kassen zahlen nur, was für eine entsprechende Versorgung im Inland angefallen wäre.

Somit kann der Versicherte schnell auf hohen Kosten sitzenbleiben. Insbesondere der Rücktransport nach Deutschland ist nicht gedeckt. Einige Kassen hatten bislang für all ihre Versicherten die Kosten einer Auslandsreise-Zusatzversicherung übernommen. Diese Praxis muss aber zum Jahresende aufgrund eines Vetos der Aufsichtsbehörden beendet werden.

Viele Kassen bieten ihren Versicherten aber einen Auslandsnotfallservice an, der rund um die Uhr erreichbar ist und im Notfall Hilfestellung, etwa durch die Benennung deutsch- oder englischsprachiger Ärzte, Krankenhäuser und so weiter bietet. Zudem übernehmen viele Kassen auch die Kosten für Reiseschutzimpfungen, teilweise aber auch nur einen bestimmten Prozentsatz der Kosten für den Impfstoff und nicht immer die Kosten für die eigentliche Impfleistung, also das Setzen der Spritze durch den Arzt. Einige Unternehmen bieten zudem für bestimmte Indikationen eine verbesserte Versorgung im Ausland an, entsprechend der Integrierten Versorgung, lediglich der Leistungserbringer sitzt dabei im Ausland.

Mehr als man denkt

Im Zahnbereich muss der Versicherte bekanntlich nach deutlichen Einschränkungen durch den Gesetzgeber meist kräftig zuzahlen. Dennoch können Kassen auch in diesem Bereich Mehrleistungen bieten. So übernehmen einige von ihnen ganz oder teilweise die Kosten für mindestens eine professionelle Zahnreinigung pro Jahr. Viele Unternehmen bieten auch selbst eine zahnmedizinische Beratung ihrer Versicherten durch fachlich ausgebildetes Personal an, so dass der Versicherte hier den Vorschlag oder den Heil- und Kostenplan seines eigenen Zahnarztes überprüfen lassen kann.

Auch im Zahnbereich haben eine Reihe von Kassen Verträge zur Integrierten Versorgung mit besseren Leistungen abgeschlossen. Beim Vorliegen bestimmter Voraussetzungen kann man bei einigen durchaus auch „Zahnersatz zum Nulltarif“ oder vergünstigten Konditionen erhalten. Dies kann sich im Geldbeutel des Versicherten sehr wohl deutlich bemerkbar machen. Auch Preisvergleiche in den Bereichen Zahntechnik und/oder Zahnersatz werden von manchen Unternehmen angeboten. Man sieht also: die Gesetzlichen Krankenkassen unterscheiden sich mehr, als man denkt.