



# Versuchungen im Sparparadies

## Neue Versicherungstarife

*Das Angebot an Versicherungstarifen wird sich mit der Gesundheitsreform für gesetzlich und privat Krankenversicherte stark ändern. Sowohl der PKV-Basistarif als auch neue Wahltarife in der GKV steigern den Informationsbedarf der Patienten. Ein Zahnarzt sollte zwar nicht die Rolle eines Versicherungsvertreters spielen, dennoch ist es von Vorteil, wenn er die jüngsten Entwicklungen kennt. Viele Spartarife gehen auf Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung.*

Seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform am 1. April können gesetzliche Krankenkassen prinzipiell zwei Arten von Wahltarifen auflegen: Zum einen gibt es weiterhin Tarife für Teilnehmer an besonderen Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung oder Disease-Management-Programme. Neu ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen jetzt auch allen Mitgliedern Wahltarife mit Selbstbehalt, Beitragsrückgewähr oder Kostenerstattung anbieten können. Beim Selbstbehalt trägt der Versicherte einen festen Anteil an seinen Behandlungskosten, dafür zahlt er einen niedrigeren Beitrag. Beitragsrückgewähr heißt, dass der Versicherte einen Teil seiner gezahlten Prämien zurückbekommt, wenn er keine Leistungen in Anspruch nimmt. In der GKV dürfen Prämienzahlungen jedoch 20 Prozent der jährlichen Beiträge nicht überschreiten, und sie sind auf 600 Euro begrenzt. Kombiniert der Versicherte mehrere dieser Spartarife, erhöht sich diese Grenze auf 900 Euro. Zwar schreibt das Gesetz fest, dass sich die neuen, der PKV entlehnten Tarife selbst finanzieren müssen. Dennoch sind sie in erster Linie für junge und gesunde Versicherte interessant. Diese Tarife setzen Anreize zu einer kostenbewussten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wer den Arzt spart, kassiert; wer schwer krank wird, zahlt drauf. Insofern ist bei der Frage nach Empfehlungen Vorsicht geboten.

Abzusehen ist bereits, dass die Krankenkassen ihre neuen Gestaltungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich nutzen werden. Jedoch haben sie noch nicht alle ihre Gesundheitspakete ausgepackt. Wer mit einem dieser Angebote liebäugelt, sollte warten, bis der Markt transparenter wird. Schließlich sind die gesetzlich Krankenversicherten an ihre Entscheidung für einen der neuen Wahltarife – und damit auch an die Krankenkasse – jeweils drei Jahre gebunden.

### **Prämien für Leistungsverzicht**

Anders als in der PKV sollen die Selbstbehalte in der GKV auch in Verbindung mit dem Sachleistungsprinzip angeboten werden. Die Crux dabei ist, dass die genauen Behandlungskosten aufgrund der Budgetierung erst mit zeitlicher Verzögerung feststehen. Damit die Versicherten den Überblick über ihre Behandlungskosten behalten, haben die Krankenkassen unterschiedliche Strategien entwickelt: Die AOK Bayern bietet ihren Versicherten seit 1. April einen Wahltarif mit Bonus und Selbstbehalt an. Bei einem Monatsverdienst von 2550 Euro kann der Versicherte beispielsweise 250 Euro gutgeschrieben bekommen, wenn er keine medizinischen Leistungen in Anspruch nimmt. Von diesem Bonus zieht ihm die Kasse pro Arztbesuch mit Medikamentenverordnung 62,50 Euro ab, pro Krankenhausaufenthalt pauschal 125 Euro. Bei vier Arztkontakten mit Rezept sinkt der Bonus auf 0; geht der Versicherte öfter zum Arzt, greift sein Selbstbehalt von bis zu 325 Euro. Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche ohne Rezept werden nicht angerechnet. Je höher das Einkommen, umso größer das Sparpotenzial. Verdient der Versicherte monatlich mehr als 3500 Euro, liegt der Bonus bei 500 Euro pro Jahr. Bei einem Arztbesuch mit Rezept werden ihm 125 Euro angerechnet, bei einem Krankenhausaufenthalt 250 Euro. Sein maximaler Selbstbehalt liegt bei 575 Euro. Auch die Techniker Krankenkasse (TK) be-



hängig vom individuellen Krankheitsrisiko. In einem sechsmonatigen Zeitfenster im Jahr 2009 soll zunächst jeder privat Krankenversicherte die Möglichkeit haben, in den Basistarif zu wechseln. Viele werden sich davon auf den ersten Blick eine hohe

rechnet die Höhe der Selbstbehalte mit Pauschalen. Da die Krankenkassen ihren freiwillig Versicherten auch vor dem ersten April schon verschiedene Wahltarife anbieten durften, hat die TK schon Erfahrungen gesammelt: Rund 25 000 freiwillig Versicherte der TK hatten sich bereits für Selbstbehalte entschieden.

Die Direktkrankenkasse BIG hingegen möchte alle tatsächlich anfallenden Kosten – von der Zahnbehandlung bis zur Herzoperation – außer der Vorsorge in die Berechnung der Selbstbehalte einbeziehen. Ihre Versicherten müssen in Kauf nehmen, dass sie erst mit zeitlicher Verzögerung erfahren, wie viel sie aus eigener Tasche zahlen müssen.

**Basistarif: Verlierer im Kassenkampf**

Nicht nur gesetzlich Krankenversicherte haben künftig beim Versicherungstarif die Qual der Wahl. Auch Privatversicherte werden sich in Zukunft zunehmend mit der Frage nach der richtigen Versicherung auseinandersetzen. Bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in die andere sollen sie ihre Altersrückstellungen mitnehmen können. Der neue Basistarif tut sein übriges: 2009 wird er den bisherigen Standardtarif ablösen – mit stark erweitertem Personenkreis. Freiwillig Versicherte und ehemals privat Versicherte, die keinen Krankenversicherungsschutz mehr haben, sollen in diesen PKV-Tarif wechseln können – unab-

he Ersparnis versprechen. Schließlich ist der Monatsbeitrag zum Basistarif gesetzlich auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt, obwohl die Versicherten keine Risikozuschläge zahlen müssen. Die privaten Krankenversicherungen haben im Vorfeld der Reform gedroht, dass die Beiträge der PKV-Bestandskunden steigen werden, unter anderem weil alle anderen Privatversicherten die Standard- beziehungsweise Basistarifversicherten mitfinanzieren werden.

Den Sicherstellungsauftrag für die zahnmedizinische Versorgung der Basistarif-Versicherten sollen künftig die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übernehmen. Sie schließen dann auch die Verträge über die Leistungsvergütungen mit dem PKV-Verband. Einigen sich die Vertragspartner nicht, legt eine Schiedsstelle den GOZ-Satz fest. Er gilt bis zu einer Novellierung der Gebührenordnung. Das Gesetz sieht einen Höchsfaktor von 2,0 vor. Das ist zwar mehr als beim bisherigen Standard-Tarif, der sich am 1,7-fachen Satz orientiert; der Haken aber ist: Während im Standardtarif eine Trennung von Erstattung und Liquidation besteht, kann der Zahnarzt bei Basistarif-Versicherten nicht über den festgelegten GOZ-Satz hinausgehen. Bei sehr vielen Leistungen liegt der 2,0-fache GOZ-Satz unter Bema-Niveau. Stellt sich die Frage: Wie sollen Zahnärzte Basistarif-Versicherte unter diesen Voraussetzungen versorgen?

Julika Sandt