

Patienten im Wunderland

Erfahrungen mit den GKV-Wahlтарifen

Die Einheitsversorgung der gesetzlichen Krankenversicherungen bröckelt. Dank der Gesundheitsreform dürfen die Kassen – wenn auch gegen Beitragsaufschlag – sogar privatärztliche Leistungen finanzieren. Doch nicht alle Anbieter nutzen die Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung. Stattdessen liefern sich die Kassen eine Rabattschlacht mit zweifelhaften Nebeneffekten.

Es grenzt an ein Wunder. Was in der Privaten Krankenversicherung (PKV) schon lange gang und gäbe ist, hat nun auch Einzug ins gesetzliche System gehalten. Seit April dieses Jahres können Barmer, AOK & Co ihren Versicherten – neben den althergebrachten Standards – auch individuelle Tarife anbieten. Der große Wurf ist mit dieser Neuerung allerdings nicht gelungen. Die neue Vielfalt ist vor allem eines: verwirrend.

„Bei 250 Kassen und mindestens ebenso vielen Tarifvarianten ist es kaum möglich, den Überblick zu behalten“, moniert etwa Julia Nill von der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg. Viele Tarife sind zudem alles andere als ausgegoren. Selbst aus den Reihen der Kassen kommt vorsichtige Kritik: „Nicht jeder Tarif passt zu jedem Versicherten“, warnt etwa Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender beim Marktführer Barmer. Und auch DAK-Chef Herbert Rebscher sieht die neuen Möglichkeiten mit

gesunder Skepsis. Er ist überzeugt: „Ein Renner am Markt werden die neuen Tarife wohl nicht werden.“ Ganz unschuldig sind die Kassen daran aber nicht. Denn bei der Ausgestaltung der Modelle sind sie nur bedingt auf die Wünsche ihrer Versicherten eingegangen. Umfragen belegen, dass die Mehrheit der Versicherten vor allem an einem Leistungsplus interessiert ist: Immerhin 88 Prozent gaben an, neue Tarife wählen zu wollen, wenn dadurch die Qualität ihrer medizinischen Versorgung verbessert würde. 80 Prozent präferieren einen Tarif, der die Erstattung von neuen Medikamenten und Behandlungsmethoden sicherstellt. Diesem Bedürfnis haben jedoch längst nicht alle Kassen Rechnung getragen. Die meisten der Wahlтарifen weisen in eine andere Richtung. In bester „Geiz-ist-Geil“-Manier bieten sie vor allem die Möglichkeit, Geld zu sparen.

Getreu der Parole „wer nicht zum Arzt geht, kriegt sein Geld zurück“, locken die Kassen mit Beitragsrückerstattungen oder Prämienzahlungen und belohnen dafür ausgerechnet jene Patienten, die den Schutz durch den Gesetzgeber am wenigsten nötig haben: die Jungen und Gesunden (vgl. dazu BZB April/07, Seite 6). Weiterer Nachteil: Die meisten Kassen sind zur Beitragsrückerstattung nur dann bereit, wenn auch der mitversicherte Ehepartner und die volljährigen Kinder des Versicherten ein Jahr lang ohne ärztliche Behandlung aus-



kommen. Lediglich die Behandlungskosten für Sprösslinge unter 18 sowie die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen bleiben bei der Kostenanalyse der Kassen außen vor.

Unkalkulierbare Risiken

In die gleiche Richtung zielt die zweite Spielart, die Tarife mit Selbstbehalt. Hier zahlen die Versicherten einen Teil ihrer Arztrechnungen erst einmal aus eigener Tasche. Im Gegenzug überweist ihnen die Kasse einen zuvor festgelegten Bonus – wenn auch mit einiger Verzögerung: Die Gutschrift wird so lange zurückgehalten, bis die jeweilige Kasse einen Überblick über die Ausgaben des gesamten Jahres hat. Anschließend verrechnet sie Eigenbeteiligungen mit dem Bonus: Ergibt sich ein Überschuss, erhält der Versicherte Mitte des Folgejahres eine Überweisung seiner Kasse. Rutscht der Patient hingegen ins Minus, fließt Geld in die andere Richtung. „Patienten, die sich für einen solchen Tarif entscheiden, schließen eine Wette auf ihre Gesundheit ab“, resümiert Stephan Albers, Vizepräsident des Bundesverbandes der Versicherungsberater. Gewinn macht nur, wer nicht krank wird. Mehr noch: Viele Kassen machen die Höhe von Selbstbehalt und Prämie auch noch vom Einkommen des Mitglieds abhängig. Das bedeutet: Die Sparmöglichkeiten, aber auch die Risiken liegen bei Gutverdienern deutlich höher.

Besonders offensichtlich wird das beim Tarif E 500 der Barmer. Freiwillig gesetzlich Versicherte können sich mit ihm eine Prämie von 500 Euro jährlich sichern. Im Gegenzug müssen sie jedoch 45 Prozent ihrer gesamten Behandlungskosten aus eigener Tasche finanzieren. Eine Obergrenze sieht der Tarif nicht vor. Der Selbstbehalt kann damit bei einer aufwändigen Behandlung ins Uferlose steigen. Das Risiko wird unkalkulierbar.

Extra-Wurst für die AOKen

Unterschiede bei Risiko und Gewinnpotenzial der Selbstbehalttarife gehen allerdings nicht immer nur auf die Kassen zurück. Das letzte Wort haben die Aufsichtsbehörden, die jedes einzelne Modell genehmigen müssen. Und je nachdem, welche Behörde zuständig ist, fällt die Bewertung unterschiedlich aus. Kaum Probleme haben die Allgemeinen Ortskrankenkassen. Sie unterstehen – anders als Ersatzkassen – nicht dem Bundesversicherungsamt (BVA), sondern werden von ihren jeweiligen Landesbehörden beaufsichtigt. Diese erweisen sich erfahrungsgemäß als recht entgegenkom-

mend. Während nämlich die Ersatzkassen die Kosten eines Zahnarztbesuches eins zu eins auf ihre Kunden umlegen müssen und damit die Selbstbehalte recht zügig aufzehren, zahlen zum Beispiel AOK-Versicherte nur eine Pauschale, die deutlich unter den Echtpreisen der Behandlung liegt. Das BVA ist von diesem Privileg zwar nicht gerade angehtan, durchdringen kann die Bonner Behörde mit ihrer Kritik jedoch nicht. Bis auf Weiteres gilt daher: Versicherte der Ersatzkassen kommen nicht in den Genuss der günstigen Variante – die anderen Wahltarifler hingegen werden sich künftig jeden Besuch beim Zahnarzt mehrfach überlegen.

Kostenerstattung wird attraktiver

Doch es gibt auch positive Entwicklungen. Gründlich verbessert haben die Reformer zum Beispiel ein altbekanntes Tarifmodell: Die Kostenerstattung. Kassenpatienten, die für diese Gestaltung optiert haben, sichern sich dadurch auch Behandlungsmöglichkeiten abseits des gesetzlichen Leistungskataloges. Das war zwar auch vor der Reform schon möglich, die neuen Kostenerstattungstarife erweisen sich allerdings als deutlich durchdachter.

Anders als bisher können sich qualitätsbewusste Patienten nun – wenn auch gegen höhere Beiträge – für eine Gestaltung entscheiden, die die Kosten bis zum Höchstsatz der GOZ übernimmt. Die Eigenbeteiligung bei der Kostenerstattung sinkt im Vergleich zu früher. Zudem lässt sich die Kostenerstattung nun, je nach Bedarf, auf den ärztlichen, zahnärztlichen oder stationären Bereich beschränken. Genaues Hinsehen ist jedoch Pflicht – denn längst nicht alle Kassen haben ihre Kostenerstattungstarife bereits auf den neuesten Stand gebracht. Manche Anbieter erstatten ihren Versicherten noch nicht einmal die Summe, die sie bei der Abrechnung nach BEMA begleichen würden, sondern ziehen sogar noch bis zu zehn Prozent für ihren Verwaltungsaufwand ab. Für anspruchsvolle Patienten bedeutet dies einen erheblichen finanziellen Mehraufwand, der sich mit einem Wechsel zu einer fortschrittlicheren Kasse durchaus vermeiden ließe. Der ist allerdings nach der Gesundheitsreform nicht mehr ohne Weiteres möglich: Wer sich erst einmal für einen Wahltarif entschieden hat, bleibt drei Jahre lang auf Gedeih und Verderb an seine Kasse gebunden.