

Die Neuerungen bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen



Burkhard Goßen

Bereits seit dem 1. April 2008 können Versicherte nach Auskunft der gesetzlichen Krankenversicherungen Beiträge einsparen. Der Grund: Im April 2008 wurden so genannte Wahltarife eingeführt. Was man über die Wahltarife wissen muss und wie ansonsten gespart werden kann, erfahren Sie hier:

Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist international anerkannt und bewährt. Rund 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert, was dazu führt, dass die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens entscheidend von der GKV abhängt. Die Beiträge für die GKV werden zur Hälfte von den Arbeitnehmern und zur anderen Hälfte von den Arbeitgebern bezahlt. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erhalten alle Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen. Entscheidet sich der Versicherte für einen günstigeren Wahltarif oder eine günstigere Krankenkasse, spart neben ihm auch der Arbeitgeber.

Wahltarife

Mit den seit dem 1. April 2008 angebotenen Wahltarifen versprechen die Krankenkassen niedrige Beiträge. Doch Vorsicht ist angebracht, da in der Regel niedrigere Beiträge auch geringere Leistungen bedeuten. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Versicherte in Zukunft sich individuell versichern können. Neben der Standardversicherung können Extraleistungen zusätzlich versichert werden. Dazu zählen beispielsweise besondere Therapieformen wie die Homöopathie. Wer also besonderen Wert auf diese zusätzlichen Leistungen legt, kann diese zukünftig - natürlich gegen Aufpreis - erhalten. Wer nur eine Standardversicherung wünscht, kann durch den Wechsel in einen sogenannten Wahltarif Geld sparen.

Unübersichtlicher Markt

Bei den sogenannten Selbstbehalttarifen übernimmt der Versicherte einen Anteil der Kosten für die Arztleistungen oder die Medikamente. In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist dieser sogenannte Selbstbehalt bei den meisten Versicherten üblich. Daneben gibt es reine Beitragsrückerstattungstarife, die einen Bonus für den Fall vorsehen, dass der Versicherte und seine Angehörigen (Ehepartner und Kinder) ein Jahr lang keine relevanten Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Bei den Selbstbehalttarifen erhält der Versicherte von



seiner Krankenkasse eine Bonuszahlung. Dafür müsse er einen gewissen Betrag zahlen, wenn er z.B. zum Arzt geht. Wer im Laufe eines Jahres kaum oder wenig medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, der kann sparen.

Aber aufgepasst! Je höher das Einkommen des Versicherten, umso höher ist die Bonuszahlung! Erst wenn das Einkommen des Versicherten über 42.000,00 Euro liegt, erhält er den höchsten Bonus.

Der Versicherte sollte deshalb sorgfältig überprüfen, welche Einsparmöglichkeiten er tatsächlich hat, zumal viele gesetzliche Kassen damit werben, dass man mit den neuen Tarifen bis zu 600,00 Euro jährlich sparen kann.

Lange Bindungsfristen

Bei den meisten Tarifen besteht eine Bindungsfrist von 3 Jahren. Das bedeutet, der Versicherte hat in dieser Zeit kein Kündigungsrecht. Dieses Kündigungsrecht ist auch dann ausgeschlossen, wenn die Krankenversicherung ihre Beiträge erhöht. Wer sich also zu früh festlegt, wird nicht immer im Nachhinein der Gewinner sein.

Medizinische Bedenken

Aus medizinischer Sicht gab es schon immer Bedenken gegen Tarife, die einen Patienten dafür belohnen, dass er nicht zum Arzt geht. Das Aufschieben eines medizinisch notwendigen Besuchs beim Arzt bedeutet immer ein Risiko für den Versicherten.

Übersicht über die neuen freiwilligen Beitragsmodelle:

Selbstbehalttarife

Die Behandlungskosten werden zum Teil durch den Versicherten selbst übernommen. Versicherungsbeiträge werden dafür gespart.

Beitragsrückzahlungstarife

Wer nie oder selten zum Arzt geht, bekommt einen Teil seiner gezahlten Beiträge zurück.

Kostenerstattungstarife

Der Versicherte zahlt Medikamente und Arztrechnungen zunächst selbst und reicht diese, wie ein Privatpatient, bei seiner Krankenversicherung zur (teilweisen) Erstattung ein.

Tarife für spezielle Leistungen

Der Versicherte erhält für einen höheren Beitragssatz zusätzliche Leistungen seiner Krankenversicherung, wie beispielsweise die Kostenerstattung für homöopathische Heilmittel.

Tarife für spezielle Leistungen

Daneben werden von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl von weiteren Leistungen und Modellen angeboten. Bevor ein Versicherter den Wechsel in einen anderen Tarif plant, muss er seine eigene Gesundheitsverfassung realistisch einschätzen. Deshalb sollte man sich vor der Wahl eines Tarifs nicht nur von den Einsparmöglichkeiten leiten lassen. Denn wenn man während der Laufzeit von mindestens drei Jahren ernsthaft erkrankt, zahlt man deutlich mehr. Ärztekammern raten deshalb vor dem Abschluss eines neuen Krankenversicherungstarifs eine gründliche ärztliche Untersuchung vornehmen zu lassen und danach im Gespräch mit dem Hausarzt zu klären, welche Leistungen auf jeden Fall versichert sein sollten.

Junge und gesunde Menschen

Besonders junge und gesunde Menschen können mit den neuen Wahltarifen Geld sparen. Wer ein höheres Versicherungsrisiko trägt, der wird von den neuen Tarifen profitieren. Voraussetzung: Er ist und bleibt gesund und nimmt kaum Leistungen in Anspruch.

Fotos: KKH

Zwischenfazit:

Da sich alle Versicherungstarife nach den gesetzlichen Vorgaben selbst tragen müssen, sind hohe Beitragsersparungen für die Masse der Versicherten nicht zu erwarten. Deshalb fragen sich viele Versicherte, ob sie nicht besser damit fahren, wenn sie gleich von der einen in die andere gesetzliche Krankenversicherung wechseln.

Wechseln lohnt sich

Mit einem Wechsel in eine preiswertere Krankenversicherung kann man mehrere hundert Euro im Jahr sparen. Dies hängt mit den unterschiedlichen Beitragssätzen der Krankenversicherung zusammen. Diese reichen von etwa 12,5 Prozent bis über 16,5 Prozent hinaus. Aber auch hier sollte die Höhe des Beitrags nicht allein der Grund für einen Wechsel der Krankenversicherung sein. Vor einem Wechsel muss der Versicherte abklären, ob er von seiner neuen Krankenversicherung auch die gleichen Leistungen erhält, wie bei seiner alten.

Insbesondere chronisch Kranke und Versicherte, die öfter die ärztliche Fürsorge benötigen, sollten die Angebote der Krankenversicherungen genau beurteilen. Denn für sie kann sich auch ein eventuell höherer Beitrag rechnen, wenn das Leistungsangebot der Krankenversicherung größer ist und ihren Wunschvorstellungen entspricht.

Vor dem Wechsel sollten deshalb folgende Punkte beachtet werden:

- Beratungsangebote
- Kompetenz der Mitarbeiter
- Geschäftsstellennetz, Öffnungszeiten
- Hotlines, Internetangebot
- Bezahlung alternativer Heilmethoden und besonderer Therapieeinrichtungen
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
- Zuschüsse zur häuslichen Krankenpflege
- Übernahme von Kosten für Haushaltshilfen
- Beteiligung an Modellvorhaben

Auch gesetzliche Krankenversicherungen bieten teilweise Krankengeld für Selbstständige an, was für diese Versicherten sicherlich beachtlich ist. >



Wie und wann kann ich wechseln?

Wenn die Krankenversicherung ihre Beiträge erhöht, können Sie innerhalb von 2 Monaten auf jeden Fall kündigen. Dabei spielt die Dauer Ihrer Mitgliedschaft keine Rolle. Um überhaupt kündigen zu können, müssen Sie jedoch mindestens 18 Monate Mitglied Ihrer Kasse gewesen sein. Die Kündigungsfrist beträgt immer 2 Monate, was bedeutet, wenn beispielsweise Ihre Kündigung im Oktober 2008 bei Ihrer Kasse eingeht, endet Ihre Mitgliedschaft frühestens zum 31. Dezember 2008. Mit der Kündigung erhalten Sie eine schriftliche Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenversicherung. Diese müssen Sie bei einer neuen Krankenversicherung vorlegen.

Ausblick in das Jahr 2009

Der Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds gilt als Kernstück der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG). Dabei gehen wesentliche Elemente der Kassenautonomie auf den Staat über. Dazu entzieht der Gesetzgeber allen rund (derzeit noch bestehenden) 210 Krankenkassen in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 die laufenden Beitragseinnahmen und verwaltet diese bundeseinheitlich zentralisiert im Gesundheitsfonds. Die Durchführung obliegt dem Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn. Mit der Einführung des Fonds wird der Beitragssatz von jeder Krankenkasse nicht mehr von ihr selber, sondern bundesweit einheitlich per Rechtsverordnung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) festgelegt.

Gesetzlicher Beitragssatz

Die Bundesregierung legt erstmalig mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen fest. Die Festlegung des Beitragssatzes per Rechtsverordnung erfolgt ohne Zustimmungspflicht des Bundesrates. Damit wären ab 2009 wichtige Elemente der bisherigen Finanzautonomie der ge-

setzlichen Kassen auf den Staat und seine Institutionen übertragen. Krankenversicherungen erhalten im Gegenzug das Recht, im Falle von Defiziten einen zusätzlichen Beitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Etwaige Überschüsse dürfen die Krankenversicherungen an die Versicherten auszahlen.

Bis zum Ende des Jahres 2010 können die Krankenkassen die Beiträge für den Gesundheitsfonds noch selbst einziehen.

Zusammen mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird auch der Finanzausgleich zwischen den Krankenversicherungen weiterentwickelt. Der sogenannte Risikostrukturausgleich, der bereits im Jahr 1995 eingeführt wurde, hat ein aktuelles Umverteilungsvolumen von über 15 Mrd. Euro pro Jahr. Kassen mit vielen kostenintensiveren Behandlungsfällen erhalten dadurch im Grundsatz höhere Zahlungen aus dem Fonds als gesetzliche Krankenversicherungen mit gesünderen Versicherten. Kommt jedoch eine Krankenkasse mit ihren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, wird sie von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge fordern müssen, mit der Folge, Nachteile im Wettbewerb zu erleiden. Experten fürchten bereits heute starke Wettbewerbsverzerrungen für den Fall, dass einzelne Krankenversicherungen ihre Beiträge anheben müssen.

Beispiel:

Der Zusatzbeitrag darf von den Krankenversicherungen einkommensabhängig oder als Pauschale festgelegt werden. Dieser Beitrag ist von dem Mitglied allein zu zahlen und darf 1 Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens (Überforderungsklausel) nicht übersteigen. Bis zu einer Höhe von 8,00 Euro entfällt die Einkommensprüfung und damit auch die Anwendung der vorgenannten Überforderungsklausel. Das führt zu folgenden Effekten: Senkt eine Kasse ihren Zusatzbeitrag, können ihre Mitglieder dadurch in bestimmten Fällen zusätzlich finanziell belastet werden. Die Senkung des Zusatzbeitrages von 10,00 Euro auf 8,00 Euro bedeutet das für einen Teil der Mitglieder eine Beitragssenkung, für andere hingegen eine Beitragserhöhung, weil die einprozentige Überforderungsklausel nicht greift.

Ausgangslage

Auf Grund der einprozentigen Überforderungsklausel würde ein Versicherter mit 500,00 Euro Einkommen statt eines Zusatzbeitrages von 10,00 Euro auf Grund der 1 Prozent-Regelung nur 5 Euro zahlen. Ein Mitglied, was dagegen 2.000,00 Euro verdient, muss die vollen 10 Prozent Zusatzbeitrag zahlen. Bei einer Senkung des Zusatzbeitrages auf 8,00 Euro muss das Mitglied, welches 500,00 Euro verdient, statt 5,00 Euro nun 8,00 Euro zahlen, da die Einkommensprüfung bei einem Zusatzbeitrag bis zu 8,00 Euro entfällt. Damit zahlt der Kleinverdiener 3,00 Euro mehr, während der besser Verdienende 2,00 Euro pro Monat spart.

Foto: Udo Karohl

Sonderkündigungsrecht

Durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages wird das Sonderkündigungsrecht des Versicherten ausgelöst. Hierauf muss die Kasse das Mitglied hinweisen. Wie bereits oben erörtert, beträgt auch hier die Frist zwei Kalendermonate. In dieser Zeit ist von dem Versicherten kein Zusatzbeitrag zu zahlen. Das gleiche Kündigungsrecht gilt auch für die Anhebung eines schon bestehenden Zusatzbeitrages. Es ist vorhersehbar, dass die Notwendigkeit zur Erhebung eines Zusatzbeitrages erhebliche Auswirkungen auf die Marktposition einer Krankenversicherung haben wird.

Ausblick

Die Krankenversicherungen werden sich bemühen, noch im Jahr 2009 ohne einen Zusatzbeitrag auszukommen, auch wenn sie dafür ihre Reserven abbauen müssen. Um über das Jahr 2009 zu kommen, werden zahlreiche gesetzliche Krankenversicherungen zum Jahreswechsel 2008 ihre Beiträge erhöhen. Aus diesem Grunde sollte die Entwicklung zum Jahresende von den Versicherten erst einmal abgewartet werden, da zahlreiche Krankenversicherungen zum Jahresanfang mit veränderten Beiträgen in den Markt gehen.

Wer Sozialhilfe oder Grundsicherung bezieht, wird vom Zusatzbeitrag befreit sein. ALG-II-Empfänger müssen jedoch den Zusatzbeitrag bezahlen. Ihnen steht jedoch auch das vorbenannte Sonderkündigungsrecht zu.

Was ändert sich für Privatversicherte?

Die Versicherungspflichtgrenze

Diese liegt im Jahr 2008 bei 4.012,50 Euro monatlich oder 48.150,00 Euro jährlich. Nur wer 3 Jahre lang mehr verdient, kann in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln. Arbeitet jemand freiberuflich oder selbstständig, kann er ebenfalls in die PKV wechseln.

Der Wechsel von PKV zu PKV

Für Neukunden der PKV wird der Wechsel leichter werden. Bisher war der Wechsel für einen Privatversicherten nicht attraktiv, weil die für das Alter zurückgelegten Gelder der privaten Krankenversicherung (Altersrückstellungen) nicht mitgenommen werden durften. Sie fielen der bisherigen Versicherung zu. Ausgehend von dem Basistarif werden mit einem Rechenmodell zukünftig die Guthaben für das Alter ermittelt und bei einem Versicherungswechsel zur neuen privaten Krankenversicherung transferiert.

Wechsel von der PKV zur GKV

Der Wechsel von der privaten Krankenversicherung bleibt weiterhin schwierig. Ein Wechsel ist beispielsweise nur möglich, wenn der Versicherte eine versicherungspflichtige Arbeit aufgenommen hat.

Wird die PKV teurer?

Nach den Auskünften der privaten Versicherer werden sowohl Neukunden als auch Altkunden mit höheren Tarifen zu rechnen

haben. Belastungen der privaten Versicherungen kommen sowohl durch das Mitnehmen von Altersrückstellungen als auch durch die veränderte Versicherungsstruktur zustande und führen zu höheren Tarifen.

Der neue Basistarif der PKV

Die privaten Versicherungen sind gesetzlich gehalten, einen Basistarif anzubieten. Dieser bietet in etwa die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Dabei darf der Preis für den Basistarif den maximalen Beitrag der GKV nicht übersteigen. Risikozuschläge gibt es für den Basistarif der PKV nicht. Es werden auch keine Unterscheidungen nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Der bisherige Beitrag richtete sich bei der PKV immer nach dem Gesundheitszustand, dem Alter und dem Geschlecht.

Für wen steht der Basistarif offen?

Der Basistarif steht allen PKV-Neukunden und derzeit freiwillig Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse offen. In den Basistarif können PKV-Versicherte nur vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 wechseln. Danach können Versicherte nur noch in den Basistarif wechseln, wenn sie älter als 55 Jahre sind oder ihre Prämie nicht mehr bezahlen können. Ab 2009 können Neukunden der PKV auch in jüngeren Jahren von ihrem normalen Tarif in den Basistarif wechseln. Jeder der früher privat versichert war (Beispiel Freiberufler) oder sich eigentlich privat versichern müsste, muss nun von jeder privaten Versicherung in den Basistarif aufgenommen werden. Diese Regelung gilt bereits seit dem 1. Juli 2007.

Fazit:

Vor dem Wechsel des Krankenversicherers sollte sich jeder fachkundig informieren. Die Kosten, auch für einen privaten Versicherungsberater, rentieren sich schnell. Die unabhängige Infobörse zur gesetzlichen Krankenversicherung „www.krankenkassen-direkt.de“ bietet zudem eine Übersicht über die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherungen, einen GKV-Beitragsrechner und informiert über Beitragsanpassungen der Kassen. Neben Tarifinformationen wird über Bonusmodelle, Hausarzttarife, integrierte Versorgung, Chronikerprogramme und alle neuen Tarife der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend informiert.

Die Rechtsanwaltskanzlei Goßens mit Sitz in 14050 Berlin-Charlottenburg, Ahornallee 10, beschäftigt sich mit ihren Mitarbeitern bundesweit vornehmlich mit den Rechten von Versicherten gegenüber den Sozialleistungsträgern (Renten-, Sozial-, Unfall-, Pflege- und Krankenversicherungen). Weitere Schwerpunkte sind neben der Erbrechtsberatung das Rentenrecht und die Vorsorgevollmacht.

Weitere Informationen finden Sie unter www.gossens.de im Internet oder erhalten Sie auf telefonische Anfrage unter © 030 / 30 61 41 42.