

100 Tage, 1000 Tarife

Die **Gesundheitsreform** produziert vor allem eines: eine Fülle neuer Tarife. Ein Überblick

von **Stephan Haberer**

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt feierte am vergangenen Montag den 100ten. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – wie die Gesundheitsreform offiziell heißt –, wurde 100 Tage alt. Und viel hat sich seit dem 1. April getan. Insbesondere bei den Tarifen. Bestimmte Wahltarife müssen die Kassen hier anbieten, andere dürfen sie anbieten.

Der Hausarzt-Tarif zählt zu den obligatorischen Tarifen. Wer sich für diesen entscheidet, muss – außer im Notfall und bei Problemen mit den Zähnen – immer zuerst zum Hausarzt. Zum Facharzt darf man nur mit Überweisung. Im Gegenzug wird die Praxisgebühr ganz oder teilweise erlassen. Nur wenige Kassen bieten hier mehr. Bei der AOK Niedersachsen weist das Internetportal www.gesetzlichekrankenkassen.de einen maximalen Vorteil von 110 Euro im Jahr aus, bei der MPlus 100 Euro.

Ebenfalls Muss-Tarife sind Programme für chronisch Kranke – also etwa Diabetiker, Herz- und Krebskranke oder Asthmatiker. Wer sich hierfür entscheidet, bekommt neben der oft besser organisierten ärztlichen Versorgung und psychosozialen Betreuung meist ebenfalls einen Teil der Praxisgebühr zurück. Aus dem Rahmen fällt die BVM: Gegen eine einmalige Zuzahlung von maximal 48 Euro werden Versicherte für ein Kalenderjahr von allen gesetzlichen Zuzahlungen – wie Praxisgebühr, Zuzahlungen für Arzneimittel,

Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel, Eigenanteile für stationäre Behandlung und Zuzahlungen für häusliche Krankenpflege – befreit, verspricht sie auf ihrer Homepage. Da können im Jahr ein paar hundert Euro zusammenkommen.

So viel Ersparnis ist anderswo nur mit den – nicht verpflichtenden – Rückerstattungs- und Selbstbehalt-Tarifen drin. Bei Letzteren muss der Versicherte Arztkosten teilweise selbst zahlen. Je nachdem, wie hoch der gewählte Selbstbehalt und/oder das Einkommen ist, desto höher die Prämie – aber auch das Risiko, wenn er erkrankt. So bietet die Deutsche BKK einen Tarif mit 600 Euro Prämie. Jedoch muss man dafür bis zu 1000 Euro selbst tragen.

Für Thomas Adolph, Chef der Frankfurter Wirtschafts- und Finanzberatung afw, ein entscheidender Unterschied zu privaten Krankenversicherern: „Bei denen gewinnt der Versicherte durch Selbstbehalt immer, bei den Gesetzlichen trägt er ein Risiko.“ Da ist es nur ein schwacher Trost, dass Behandlungskosten mitversicherter Angehöriger oft ebenso unberücksichtigt bleiben wie Vorsorgeuntersuchungen und Zahnarztbesuche. Allerdings ist dies nicht bei allen Kassen so. Daher vor einem Wechsel genau nachfragen.

Rückerstattungs-Tarife funktionieren ähnlich. Hier gibt's Geld zurück, wenn man ein Jahr lang nicht zum Arzt musste. Doch Vorsicht: Bei manchen Kassen genügt es, wenn nur der Versicherte nicht beim Arzt war, bei

anderen dürfen auch die kostenlos Mitversicherten nicht in Behandlung gewesen sein. Wer dies erfüllt, bekommt bis zu einem Monatsbeitrag zurück – ohne Arbeitgeberanteil.

Sparen kann man auch mit Präventions-Tarifen: Bis zu 600 Euro gibt es bei der GEK für Familien, die Vorsorgekurse besuchen. Daneben werden Tarife für Fans homöopatischer Arzneien angeboten. Für monatlich zwölf Euro zusätzlich zahlt die IKK Niedersachsen 80 Prozent von deren Kosten – maximal 200 Euro jährlich. Bringt bis zu 54 Euro.

Am sinnvollsten findet Versicherungsmakler Adolph noch Kostenerstattungs-Tarife, bei denen der Arzt direkt mit dem Kunden abrechnet, der die Rechnung dann einreicht: „Hier kann man sich in der gesetzlichen Kasse privatärztliche Versorgung sichern.“ Allerdings sollten zudem private Zusatztarife geschlossen werden, da in keinem Fall eine 100-prozentige Erstattung erfolgt.

Doch einen gravierenden Nachteil haben alle freiwilligen Tarife. „Mit ihnen ist man drei Jahre lang an die Kasse gebunden. Selbst bei Beitragserhöhungen kann man nicht mehr wechseln“, erläutert Adolph. Sein Fazit fällt daher eher vernichtend aus: „Das sind nur Placebos für die Versicherten, die unter der total missglückten Reform leiden.“ Nur gut, dass niemand in Wahltarife wechseln muss. Wer nichts tut, bleibt im Normaltarif und behält das Recht, mit zweimonatiger Kündigungsfrist die Kasse zu wechseln – bei Beitragserhöhungen sogar sofort. 