

# Für wen lohnt der neue Basis-Tarif der privaten Krankenkassen?

*Von Annette Jäger*

Seit Jahresbeginn gibt es in der privaten Krankenversicherung den sogenannten Basistarif. Diesen Tarif dürfen all jene abschließen, die bisher noch keinen Versicherungsschutz haben und die nicht der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen. Dazu gehören alle, die drei Jahre in Folge mindestens 4050 Euro brutto im Monat verdient haben sowie Selbstständige, Freiberufler und Beamte.

Außerdem können bis Ende Juni einmalig alle bisher freiwillig gesetzlich Versicherten sowie Bestandskunden der Privaten in den Basistarif wechseln. Allerdings wird die Kündigung für Bestandskunden wegen geltender Fristen in der Regel erst zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, also zum 1. Januar 2010 wirksam.

## **Welche Leistungen bietet der neue Basistarif?**

Der Tarif orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Er soll also die medizinische Grundversorgung sicherstellen. Nimmt der Gesetzgeber Leistungsänderungen vor, wirkt sich das auch auf den Basistarif aus. Mit dem üblichen privaten Versicherungsschutz – erste Klasse Aufenthalt im Krankenhaus, Chefarzt-Behandlung, geringere Wartezeiten beim Arzt – hat der Basistarif nichts zu tun. Seine Leistungen unterscheiden sich stark von normalen Privattarifen (siehe Kasten).

## **Welchen Vorteil hat der neue Basistarif?**

Versicherer müssen Antragsteller ohne Gesundheitsprüfung in den Basistarif aufnehmen. Es dürfen auch keine Risikozuschläge für Vorerkrankungen erhoben werden und keine Krankheiten aus den Leistungen ausgeschlossen werden.

## **Was ist der Nachteil des Basistarifs?**

Der Basistarif bietet keine Familienversicherung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ehepartner und Kinder müssen also einen separaten Vertrag abschließen.

Ein weiteres Problem ist das Arzthonorar: Es wird mit dem gleichen Satz abgegolten wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Privatpatienten aber gilt eine andere Gebührenordnung. Das heißt: Die Ärzte erhalten ein höheres Honorar. Der Versicherte sollte deshalb unbedingt vor der Behandlung mit dem Arzt sprechen, ob dieser ihn zu den Konditionen eines Versicherten im Basistarif behandelt. Ansonsten bleibt er auf den Mehrkosten der Behandlung sitzen.

## **Wie hoch ist der monatliche Beitrag?**

Die Beiträge im Basistarif richten sich nach Eintrittsalter und Geschlecht. Frauen zahlen höhere Beiträge als Männer. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Derzeit liegt dieser bei rund 570 Euro im Monat. Dazu kommen die Beiträge für die Pflegeversicherung. Ändert sich die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, ändert sich auch der Basistarif.

In der Praxis müssen die meisten im Basistarif den Höchstsatz von 570 Euro bezahlen, damit er finanziert werden kann. Nur sehr junge Mitglieder zahlen meist weniger.

## **Für wen lohnt sich Ein Wechsel in den Basistarif?**

Für drei Gruppen kann der Basistarif sinnvoll sein:

Erstens für Bestandskunden, die in den Volltarifen hohe Beiträge zahlen und sparen müssen. Ein Wechsel innerhalb des eigenen Unternehmens in den Basistarif kann durchaus 200 bis 300 Euro Ersparnis bringen.

Zweitens für Bestandskunden mit Vorerkrankungen wie Bandscheibenproblemen oder Bluthochdruck, die in den Volltarifen deshalb hohe Risikozuschläge bezahlen. Diese Zuschläge entfallen.

Drittens für bisher Nichtversicherte mit Vorerkrankungen. Sie müssten in den Volltarifen Risikozuschläge bezahlen oder mit Ausschlüssen rechnen.

Für gesetzlich Versicherte lohnt sich ein Wechsel in den Basistarif nicht. Er ist keine billige Eintrittskarte in die private Krankenversicherung. Denn im Basistarif gibt es keine Leistungsverbesserung!

Wer glaubt, später vom Basistarif in einen Volltarif wechseln zu können, irrt. Dann wird bei der Beitragsberechnung der Gesundheitszustand mit einkalkuliert. Vor allem sollte man auch die Familienplanung überdenken. Wer Kinder haben möchte, fährt preiswerter in der Gesetzlichen. Eine Alternative wäre, in der gesetzlichen Kasse zu bleiben und private Zusatzpolice abzuschließen.

## **Sind Billigtarife eine gute Alternative?**

Wer knapp bei Kasse ist, könnte sich von den neuen Billigtarifen der Privaten verführen lassen, die zum Teil die Kosten des Basistarifs noch unterbieten – aber auch die Leistungen. Hier werden günstige Tarife für junge Versicherte zum Teil von rund 100 Euro im Monat angepriesen. Oft reichen aber die Leistungen dieser Policen nicht aus, um wirklich sinnvoll abgesichert zu sein. Hier sollte man genau prüfen, bis zu welchem Gebührensatz die Kosten erstattet werden.

Außerdem werden mit den niedrigen Beiträgen auch nur geringe Alterungsrückstellungen gebildet. Im Alter explodieren in solchen Tarifen meist die Kosten. In der Vergangenheit mussten die Versicherten der privaten Kassen oft enorme Beitragssteigerungen hinnehmen. Beitragserhöhungen im zweistelligen Prozentbereich in einzelnen Tarifen sind keine Seltenheit.

### **Was passiert, wenn ich mich nicht krankenversichere?**

Seit Januar gilt die allgemeine Krankenversicherungspflicht. Es gibt aber keine Kontrollen. Auch beim Arztbesuch fällt das zunächst nicht auf, denn Privatpatienten strecken ihre Rechnung aus eigener Tasche vor. Trotzdem kann Nichtversichern teuer werden. Denn wer sich privat absichern muss und jetzt noch keine Police besitzt, muss Prämienzuschläge entrichten: ab 31. Januar einen Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat, in dem man nicht versichert war, für maximal fünf Monate. Das macht im Basistarif 2850 Euro. Danach wird ein Sechstel des Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der fehlenden Police berechnet – 95 Euro pro Monat. Wenn nicht ermittelt werden kann, wie lange jemand nicht versichert war, wird pauschal von mindestens fünf Jahren ausgegangen.

### **Was passiert, wenn ich den Tarif nicht bezahlen kann?**

Bei nachweisbarer Bedürftigkeit kann der Betrag halbiert werden. Dazu sollte man sich an die Sozialhilfeträger wenden. Gerät man mit den Beitragszahlungen in Verzug, riskiert man seinen Versicherungsschutz: bei zwei Monaten Rückstand ruhen die Leistungen, mit Ausnahme von akuten Erkrankungen, Schwanger- oder Mutterschaft. Sind die Kosten ein Jahr später noch nicht beglichen, wird ein Normaltarif in den Basistarif überführt.