

Für jeden Fall die richtige Police

Serie „Private
Zusatzversicherungen“,
Teil 1: Gesetzliche
Krankenkassen heben die
Beiträge, übernehmen
aber immer weniger
Kosten. Patienten
können mit eigenen
Verträgen gegensteuern

Von Hans-Werner Thielgtes

IHRE GUTE Laune lässt sich Ulla Schmidt auch von den schlechtesten Nachrichten nicht vermiesen. Vollmundig erklärt die Gesundheitsministerin noch immer, in der gesetzlichen Krankenversicherung könne 2007 mit sinkenden Beiträgen gerechnet werden. Dabei hat sie die Realität längst überholt. Bei der AOK Rheinland-Pfalz soll der Beitragssatz am 1. Januar mit einem Plus von 1,6 auf 16,4 Prozent geradezu explodieren. „Ich will das aus formalen Gründen nicht bestätigen, ich will das aber auch nicht dementieren“, sagte Walter Bockemühl, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz, zu entsprechenden Berichten vom Freitag. Allgemein gehen die Kassen für 2007 von Erhöhungen um durchschnittlich 0,7 auf rund 15 Prozent aus.

Doch dies ist nur die halbe Wahrheit. In Wirklichkeit zahlen ihre Mitglieder deutlich mehr für den Gesundheitsschutz. Sie müssen immer höhere Zuzahlungen schultern und Behandlungskosten aus eigener Tasche bezahlen. Herbert Schmitz, Vorstandschef der privaten Gothaer Krankenversicherung: „Die Kassen bieten schon längst

nur noch eine Grundversorgung.“ Einen Ausweg bieten Zusatzverträge bei privaten Krankenversicherungen, die je nach Tarif deutlich mehr Leistungen übernehmen.

Eine Studie des Kieler Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung hat Anfang Dezember eine weit düstere Prognose veröffentlicht. Bis 2050 werde der Beitragssatz demografiebedingt auf rund 18 Prozent nach oben gehen. Liefere der medizinische Fortschritt die Ausgaben nur um ein Prozent wachsen, führe dies sogar zu einer Belastung von 28 Prozent. Gesundheitsforscher Beske hält seine Prognose für eher moderat: „Das ist eine minimale Annahme.“

Auch die aktuelle Gesundheitsreform verbessere und stabilisiere die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, sagt der Experte. „Die Finanzmittel der Krankenkassen reichen nicht aus, um die Ansprüche ihrer Versicherten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt auf Dauer zu erfüllen.“

Als Beispiel führt er die Vorsorge junger Frauen zwischen 18 und 26 Jahren gegen Krebs am Gebärmutterhals an. Allein die drei für diese Altersgruppe empfohlenen Schutzimpfungen würden über drei Milli-

arden Euro kosten. Zurzeit müssen sie privat bezahlt werden. Abhängig vom Tarif übernehmen dies

auch viele private Krankenversicherer. Versorgungsdefizite gebe es aber auch in der Schmerztherapie oder bei Demenzkranken.

Dass die gesetzlichen Kassen längst an ihrer Belastungsgrenze angekommen sind, merken Versicherte auch in den Wartezimmern der Arztpraxen. Vergleichbar mit einem Zeitschriftenaushang am Kiosk werden ihnen dort auf Merkblättern unterschiedlichste Behandlungen angeboten. Natürlich zu einem kräftigen Aufpreis.

Ähnlich sieht dies in der Apotheke, beim Optiker oder im Fachhandel für medizinischen Gesundheitsbedarf aus. Auf Schritt und Tritt lauern Zuzahlungen. Oft müssen Kassenkunden Rechnungen sogar komplett selbst begleichen.

Ein Tarifbeispiel zeigt, welche Ersparnisse hier eine ambulante Ergänzungspolice bringen kann. Beim Tarif „MediAmbulant“ der Gothaer werden jährlich bis zu 40 Euro Praxisgebühr für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Hinzu kommen 80 Prozent der von Heilpraktikern in Rechnung gestellten Kosten. Sie

dürfen bis zu 1000 Euro im Jahr befragen. Und nach einer Vorleistung der Krankenkasse erhält der Versi-

cherte für Kontaktlinsen und Brillen bis zu einem Betrag von 120 Euro jährlich einen hundertprozentigen Zuschuss. Ein 30-jähriger Mann zahlt in diesem Tarif nur rund elf Euro im Monat.

Ein weiteres Beispiel: Beim Zahnarzt bleiben gesetzlich versicherte Patienten auf mindestens 35

Prozent der Kosten für Zahnersatz sitzen. Für einen fehlenden Zahn beteiligt sich die Krankenkasse mit höchstens 273 Euro an den Gesamtkosten von 547 Euro. Nach dem Gothaer-Tarif „MediDent“ wird die komplette Differenz zwischen tatsächlichen Kosten und der Kassenleistung übernommen. Wer statt einer Brücke ein Implantat wünscht, muss unter dem Strich nur zwischen 20 und 30 Prozent der Rechnung selbst begleichen. Für

diese Police fallen beim 30-Jährigen gerade mal knapp elf Euro monatlich an Beitrag an.

In den kommenden vier Ausgaben stellt die „Welt am Sonntag“ für verschiedene Bereiche private Zusatzversicherungen vor, für Heilpraktiker, Zähne, Brillen, und weitere Leistungen. Im letzten Teil der Serie geht es um Kollektivverträge für mehrere Versicherte.

Zusatzmodule werden beliebter

MEHR POLICEN

■ Die Zahl der privaten Zusatzversicherungen steigt seit vielen Jahren stetig an. Vermehrt unterschreiben auch gesetzlich Versicherte einen Zusatzvertrag. Besonders beliebt: Zahnversicherungen. Allein in den ersten sechs Monaten dieses Jahres kamen 943 000 Zahn-Policen hinzu. Das wundert wenig. Die gesetzlichen Krankenkassen geben sogar für eine unblendende Vollmetallkrone nur noch 116,75 Euro Festzuschuss (ohne Bonusheft).

ZAHLE DER ZUSATZ-VERSICHERUNGEN BEI GKV-MITGLIEDERN*

in Millionen

ambulante Tarife	5,037
Zusatzleistungen im Krankenhaus	5,04
Zahntarife	7,794
gesamt	11,693

*Doppelzahlungen sind möglich, weil die Statistik die Zahl der Verträge und nicht die Zahl der Versicherten erfasst. Stand: 2005. Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung

MEHR FRAUEN

■ Weibliche Versicherte schließen häufiger Zusatzpolicen ab als männliche. 2005 war das Verhältnis 5,24 Millionen zu 3,96 Millionen.

MEHR EINNAHMEN

■ Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) verzeichnen seit Jahren eher ein stagnierendes Geschäft bei der Vollversicherung. Der Anteil der Beitragseinnahmen durch Zusatzpolicen nimmt dagegen jedes Jahr zu. 2005 kamen fast 20 Prozent aller PKV-Einnahmen aus solchen Verträgen. Zwölf Prozent entfielen auf Beiträge, die gesetzlich Versicherte zahlten.

Welche Kosten die Kassen erstatten – und welche nicht

AMBULANTE VERSORGUNG

Keine Erstattung:

- Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (bis auf wenige Ausnahmen)
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse
- Sterbegeld
- Entbindungsgeld
- Medizinisch nicht notwendige Sterilisation
- Brillen und Kontaktlin-

sen, sobald der Versicherte 18 Jahre alt ist und sofern keine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt

■ Mehr als drei Versuche einer künstlichen Befruchtung

■ Behandlungen durch Heilpraktiker

Zuzahlungen:

■ Zehn Euro Praxisgebühr pro Quartal, auch bei hausärztlicher Behandlung, abgesehen von Sonderfällen

■ Zehn Euro Praxisgebühr beim Zahnarzt, außer bei Vorsorgeuntersuchungen und abgesehen von Sonderfällen

■ Zehn Euro Praxisgebühr bei Notfallpraxen

■ notwendige Vorsorgeuntersuchungen wie zum Beispiel Messung des Augen-Innendrucks

■ Zehn Prozent bei Arzneimitteln, mindestens fünf und höchstens zehn Euro je Arzneimittel

■ Bei Heilmitteln und

häuslicher Krankenpflege zehn Prozent jeder einzelnen Leistung, zuzüglich zehn Euro je Verordnung. Bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt.

■ Bei Hilfsmitteln zehn Prozent, mindestens aber fünf und höchstens zehn Euro je Leistung.

■ Mit der Gesundheitsreform geplant: Versicherte, die nicht medi-