

# Basistarif in der Privaten Krankenversicherung

## Basistarif – eine „GKV“ in der PKV?

Im Zuge der vom Gesetzgeber beschlossenen Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde zum 1. Januar 2009 der brancheneinheitliche Basistarif eingeführt. Aufgrund der strengen gesetzlichen Vorgaben beinhaltet dieser Tarif eine Reihe von Besonderheiten, die ihn – im Vergleich zur klassischen PKV-Welt – in zentralen Bereichen wenig attraktiv machen:

### Merkmale des Basistarifs

- Die Leistungen des Basistarifs sind nach Art, Umfang und Höhe mit den GKV-Leistungen vergleichbar. Auch die Vergütung für die behandelnden Ärzte und Zahnärzte soll in etwa dem Erstattungsniveau der GKV entsprechen. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen der GKV können auch auf den Basistarif übertragen werden.
- Der Basistarif ist sehr teuer, denn: Bislang nichtversicherte Personen, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind und die auch keine Sozialhilfe beziehen, müssen in den Basistarif aufgenommen werden, ohne dass ein Risikozuschlag erhoben werden darf – auch nicht im Falle schwerster Vorerkrankungen. Gleiches gilt unter gewissen Voraussetzungen auch für PKV-

Neukunden ab dem 01.01.2009, freiwillig gesetzlich Versicherte, privat versicherte Rentner und ältere Personen. Zudem werden – anders als in der klassischen PKV-Welt – Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nach Ablauf der tariflich vorgesehenen Wartezeit in den Versicherungsschutz einbezogen.

Um dies insgesamt auszugleichen, muss ein erhebliches pauschales „Überrisiko“ in die Beiträge eingerechnet werden.

- Der Basistarif wird in fünf Selbstbehaltstufen (0, 300, 600, 900, 1.200 EUR pro Jahr) angeboten. Für beihilfeberechtigte Personen sind beihilfekonforme Varianten des Basistarifes vorgesehen. Die Selbstbehalte werden in diesen Fällen dem Beihilfesatz entsprechend anteilig angesetzt. Eine Umstufung zwischen den Selbstbehaltstufen ist erst nach dreijähriger Mindestbindungsfrist möglich.
- Der Basistarif wird nach der Kalkulationsmethode der PKV, also mit Alterungsrückstellungen, kalkuliert. Der Beitrag darf aber nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur GKV (ab dem 01.01.2009 voraussichtlich ca. 570 EUR), ansonsten erfolgt eine Kappung auf diesen Höchstbeitrag. Bei Hilfebedürftigkeit (nach SGB II bzw. SGB XII) reduziert sich der zu zahlende Beitrag um 50 Prozent. Wegen des eingerechneten Überrisikos wird der Zahlbeitrag im Basistarif in vie-

len Fällen, also auch bereits in jüngeren Altern, dem GKV-Höchstbeitrag entsprechen.

### Problematik des Basistarifs

Ursprünglich gedacht als „Sozialtarif“ für bislang nichtversicherte oder einkommenschwache Personen, wird der Basistarif aufgrund seines hohen Beitragsniveaus dieser Rolle nicht mehr in vollem Umfang gerecht.

Die Beitragsbegrenzungen im Basistarif müssen von allen PKV-Vollversicherten durch einen Zuschlag in ihrem jeweiligen Tarif mitfinanziert werden. Je mehr Versicherte im Basistarif versichert sind, desto größer wird der Subventionsbedarf, desto größer der Zuschlag in allen Tarifen der PKV-Vollversicherung.

Die Gesundheitsreform beschneidet somit die bestehenden Verträge aller Versicherten und zwingt sie ungegerechtfertigterweise, den Basistarif durch ihre Beiträge mitzufinanzieren. Unter anderem deswegen haben 30 private Krankenversicherer, die zusammen 95 Prozent aller Privatversicherten repräsentieren, zum Schutz des Bestandes Verfassungsbeschwerden gegen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingelegt.

Von der Leistungsseite her entspricht der Basistarif bereits der GKV. Von daher sehen einige Entscheidungsträger der Politik im Basistarif einen Wegbereiter für die Einheitsversicherung und somit für die Abschaffung der PKV als Vollversicherung.

Dazu darf es nicht kommen, denn der Basistarif schwächt die finanzielle Ausstattung des gesamten Gesundheitswesens mit entsprechenden Folgen für alle – dies umso stärker, je mehr Personen im Basistarif versichert sind.

Da die Vergütung nur auf GKV-Niveau erfolgt, stehen den Ärzten und Krankenhäusern von diesen „Privatpatienten“ keine zusätzlichen Einnahmen für die Modernisierung ihrer Einrichtungen zur Verfügung.

### **Geringe Attraktivität für die Versicherten**

Der Basistarif-Versicherte stellt sich nicht besser als ein gesetzlich Versicherter – mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen: keine garantierten Leistungen, nur begrenzte Teilnahme am medizinischen Fortschritt, keine freie Krankenhauswahl usw.

### **Noch geringere Attraktivität für Ärzte**

Die Vergünstigungen in den Arzttarifen der klassischen PKV-Welt (niedrige Beiträge aufgrund von Eigenbehandlung und kostengünstiger Kollegenbehandlung) finden im Basistarif keinen Niederschlag. Es gibt keinen Spezial-Basistarif für Ärzte.

Fazit: Hohe Beiträge für niedrige Leistungen!

Vor diesem Hintergrund kann das Interesse der Versicherten, der Ärzte und des gesamten Gesundheitswesens nur sein, möglichst wenige Personen im Basistarif zu versichern. Er wird sich lediglich als Auffangbecken für bisher Nichtversicherte und – wegen der Beitragskappung – für Hilfebedürftige etablieren.

Für alle anderen Kunden bzw. Interessenten werden auch im Jahr 2009 und darüber hinaus die klassischen PKV-Tarife die erste Wahl darstellen. Denn das klassische PKV-Geschäftsmodell hat sich bewährt und ist zukunftssicher. Seine Vorteile, die nur die PKV bieten kann, werden verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit treten:

- Lebenslange Leistungsgarantie
- Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Spontane Teilnahme am (kostenintensiven) medizinischen Fortschritt
- Versorgung mit Innovationen
- Budgetfreie, rationierungsfreie „Zone“
- Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Vor diesem Hintergrund stellt zum Beispiel die INTER als berufsständischer Versicherer der Ärzte insbesondere die Interessen ihrer Gruppenver-

sicherungspartner, zu denen auch die Sächsische Landesärztekammer gehört, in den Vordergrund.

So ist die PKV ein Garant für Wahlfreiheit und Selbstbestimmung im Gesundheitswesen.

Ohne die in den klassischen Tarifen versicherten Personen stehen dem Gesundheitssystem rund 10 Mrd. Euro p.a. weniger zur Verfügung. Wenn dieses Geld im System fehlt, wird sich das für alle Versicherten – gesetzlich und privat Versicherte – spürbar negativ auswirken.

Ganz obendrein ist die PKV durch die Bildung von Alterungsrückstellungen auch noch generationengerecht finanziert.

Die demographische Entwicklung, die Überalterung der Bevölkerung wird mehr und mehr zum Hauptproblem der GKV, die auf der Basis des Umlageverfahrens arbeitet und keine Rückstellungen bildet. Die GKV wird alleine von daher bereits kurz- bis mittelfristig Leistungen massiv kürzen, rationieren und budgetieren müssen. Das Hauptziel der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG), nämlich eine nachhaltige Finanzierung der GKV zu sichern, wurde nicht einmal ansatzweise erreicht.