



## Die neue Gesundheitsversicherung: Der modifizierte Standardtarif der privaten Krankenversicherung

Die Gesundheitsreform 2007 hat es möglich gemacht: Zukünftig wird in Deutschland niemand mehr ohne eine Krankenversicherung sein. Menschen, die ihren Versicherungsschutz verloren haben oder noch nie versichert waren, können sich wieder krankenversichern. Diese Rückkehrmöglichkeit bedeutet eine grundlegende Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Der Versicherungsschutz für alle ist Chance und Pflicht zugleich: Keinem Antragsteller darf die Aufnahme in eine Krankenversicherung verweigert werden. Umgekehrt müssen sich alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland, die keine Absicherung im Krankheitsfall haben, wieder krankenversichern – spätestens ab 1. Januar 2009 gilt die Pflicht zum Abschluss einer Versicherung für alle Einwohner.

### Versicherungsschutz für alle

#### Seit 1. April 2007

Pflicht zur Versicherung für nicht krankenversicherte Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnen sind.

#### Seit 1. Juli 2007

Beitrittsrecht in den modifizierten Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind.

#### Ab 1. Januar 2009

Pflicht zur Versicherung für nicht krankenversicherte Personen, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind.

### Rückkehr in die private Krankenversicherung (PKV)

Seit 1. Juli 2007 können auch alle ehemals privat Versicherten, die ihren privaten Versicherungsschutz verloren haben, beziehungsweise alle diejenigen, die nie versichert waren, wegen ihrer beruflichen Biografie aber der PKV

zuzuordnen sind, die Vorteile der neuen Gesundheitsversicherung für sich in Anspruch nehmen: Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, speziell für diese Personengruppe einen neuen Standardtarif anzubieten – den so genannten modifizierten Standardtarif.

### Wann bin ich der PKV zugeordnet?

Sie können sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen Ihrer Wahl im modifizierten Standardtarif (ab 1. Juli 2007) oder im neuen Basistarif (ab 1. Januar 2009) versichern,

- wenn Sie zuletzt privat versichert waren und Ihnen zum Beispiel wegen Nichtzahlung der Beiträge von Ihrem privaten Versicherungsunternehmen gekündigt wurde,
- oder wenn Sie wegen Ihrer beruflichen Biografie der PKV zuzuordnen sind – zum Beispiel als hauptberuflich Selbständige(r) oder Beamter – und bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren,
- oder wenn Sie aus dem Ausland zurückkehren wollen und vormals in der privaten Krankenversicherung versichert beziehungsweise vorher in Deutschland gar nicht versichert waren und im Ausland eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit ausgeübt haben.

### Der herkömmliche Standardtarif in der PKV

Der herkömmliche Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung und erfüllt seit seiner gesetzlichen Einführung 1994 eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich vorrangig an ältere Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif benötigen. Der Wechsel in den herkömmlichen Standardtarif ist – wenn die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind – nur innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens möglich. Der Leistungsumfang orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beitragshöhe ist abhängig von der

Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten, darf aber für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV (2007: rund 500 Euro), bzw. für Ehepaare 150% des GKV-Höchstbeitrags nicht übersteigen.

### Leistungen im modifizierten Standardtarif

Der modifizierte Standardtarif steht nicht krankenversicherten Personen, die der privaten Krankenversicherung zugeordnet sind, offen. Das bedeutet: Sie können sich seit dem 1. Juli 2007 und bis zum 31. Dezember 2008 in diesem Standardtarif versichern. Private Versicherungsunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, alle berechtigten Personen aufzunehmen – für den Zugang zum modifizierten Standardtarif gelten keine Altersbeschränkungen. Der aktuelle Gesundheitszustand des Antragstellers spielt für die Höhe des Beitrags keine Rolle, die Einordnung erfolgt nach Alter und Geschlecht. Auch bei Vorerkrankungen dürfen die Versicherungsunternehmen keine Risikozuschläge erheben oder Leistungsausschlüsse vereinbaren.

Neu ist: Sowohl für den modifizierten als auch für den herkömmlichen Standardtarif ist seit 1.7.2007 die ärztliche Versorgung durch die kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich sichergestellt. Alle Versicherten haben – wie gesetzlich Versicherte auch – einen Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung zu fest vereinbarten Vergütungen.

#### Der modifizierte Standardtarif in der PKV

- Offen für Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zugeordnet sind
- Aufnahmepflicht für alle Rückkehrwilligen, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen
- Keine risikobedingten Zuschläge oder Leistungsausschlüsse
- Behandlungspflicht für Ärztinnen und Ärzte
- Mit der GKV vergleichbare Leistungen
- Beitragsbegrenzung
- Sozialklauseln bei Hilfebedürftigkeit

### Niemand wird überlastet

Auch bei der Höhe der Beiträge lässt der Gesetzgeber die Versicherten nicht allein: Um zu gewährleisten, dass niemand mit den Kosten für seine private Krankenversicherung überlastet wird, darf der monatliche Beitrag eines Einzelversicherten auch im modifizierten Standardtarif den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Das sind derzeit rund 500 Euro. Der Beitrag kann aber, abhängig vom Eintrittsalter, auch deutlich niedriger ausfallen.

Darüber hinaus wurden mit der Gesundheitsreform im modifizierten Standardtarif weitere Regelungen für Versicherte mit geringem Einkommen festgeschrieben: Wenn finanzielle Hilfebedürftigkeit besteht (gemäß den Regelungen des Sozialgesetzbuches), oder wenn durch die Zahlung des Krankenversicherungsbeitrags Hilfebedürftigkeit entstehen würde, wird der Beitrag um die Hälfte reduziert. Und wer auch diesen ermäßigten Beitrag nicht zahlen kann, erhält vom Jobcenter oder Sozialamt einen Zuschuss.

### 2009 kommt der neue Basistarif

Die dritte – und letzte – Stufe der allgemeinen Versicherungspflicht wird am 1. Januar 2009 eingeläutet. Dann werden die Verträge, die die Rückkehrer im modifizierten Standardtarif abgeschlossen haben, auf den neuen Basistarif umgestellt. Für den Basistarif gelten hinsichtlich Leistungsumfang und Leistungssicherstellung sowie auch bei der Beitragsbemessung ähnliche Regelungen wie für den modifizierten Standardtarif.

Alle privaten Versicherungsunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, den neuen Basistarif ab 1. Januar 2009 anzubieten. Dann werden in der privaten Krankenversicherung die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten deutlich verbessert. Und dann gilt auch hier eine allgemeine Pflicht zur Versicherung. Das bedeutet: Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte wird niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein.

### Wo Sie sich informieren können

#### Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit

Mit dem Bürgertelefon bietet das Bundesministerium für Gesundheit allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente Anlaufstelle für alle Fragen zum Krankenversicherungsschutz, zur Gesundheitsreform 2007 und allgemein zur gesetzlichen Krankenversicherung:

**01805/99 66 01\*** Fragen zum Versicherungsschutz

**01805/99 66 02\*** Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung

#### Newsletter

Mit dem BMG-Newsletter erhalten Sie alle 14 Tage Erläuterungen zu wichtigen Themen der Gesundheitsreform 2007 und weitere Informationen zur Gesundheitspolitik. Anmeldung unter: [www.bmg-newsletter.de](http://www.bmg-newsletter.de)

#### [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

Hier finden Sie aktuelle Informationen und verständliche Erläuterungen zur Gesundheitsreform 2007.

\* Kostenpflichtig. Es gilt der Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters – in der Regel 0,14 €/Min. aus dem deutschen Festnetz.

## **Fragen und Antworten: Versicherungsschutz**

### **1. Wie viele Menschen leben in Deutschland ohne Absicherung im Krankheitsfall?**

Mindestens 200.000 Bürgerinnen und Bürger in Deutschland haben keine Absicherung im Krankheitsfall; genaue Zahlen gibt es leider nicht.

### **2. Wie haben diese Menschen den Schutz im Krankheitsfall verloren?**

Nichtversicherte sind Menschen mit ganz unterschiedlichen Biografien. Zum Beispiel Menschen, die keinen Anspruch mehr auf die beitragsfreie Mitversicherung haben: die geschiedene Ehefrau, die bei ihrem Mann mitversichert war und nach der Scheidung versäumt hat, sich selbst zu versichern. Oder Kinder über 23 Jahren, die weder einen Job noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben.

Betroffen sind auch viele Selbstständige, die wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten ihres Betriebes ihre Versicherungsbeiträge nicht mehr zahlen konnten und dadurch ihren Versicherungsschutz verloren haben.

Ohne Versicherungsschutz sind oftmals auch Menschen, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben und wieder nach Deutschland zurückkehren.

Manche haben aber auch mit Absicht, um kurzfristig Geld zu sparen, auf einen Versicherungsschutz verzichtet – zum Beispiel junge, gesunde Menschen nach dem Studium. Vielfach war diesen Personen die Konsequenz ihrer kurzsichtigen Entscheidung nicht wirklich bewusst.

### **3. Warum konnten Menschen, die ihren Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren haben, nicht wieder in die Krankenversicherung zurückkehren?**

Bislang galt die Regelung: Wer als freiwillig Versicherter zwei Monate seinen Beitragsverpflichtungen nicht nachgekommen ist, hat seinen Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren. Danach war eine Rückkehr nicht mehr möglich. Das war im alten System richtig und wichtig, um die Versichertengemeinschaft vor unsolidarischen "Trittbrettfahrern" zu schützen.

### **4. Was ändert sich für diese Menschen durch die Gesundheitsreform?**

Mit der Gesundheitsreform erhalten alle Nichtversicherten das Recht auf eine Krankenversicherung. Ob in einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse hängt davon ab, wie jemand früher versichert war – gesetzlich oder privat. Auch Personen, die bislang weder gesetzlich noch privat versichert waren, können sich jetzt krankenversichern.

### **5. Gibt es auch eine Pflicht zur Versicherung?**

Ja. Mit der Gesundheitsreform sind alle Bürgerinnen und Bürger verpflichtet, sich gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Nur so kann ein Ausnutzen der Gemeinschaft durch Einzelne verhindert werden.

## **6. Wann treten die neuen Regelungen in Kraft?**

Der Versicherungsschutz für alle wird stufenweise eingeführt: Seit dem 1. April 2007 gilt der umfassende Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Dann müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Nichtversicherten aufnehmen und dürfen keinem ihrer Mitglieder mehr kündigen. Ab dem 1. Juli 2007 **können** Nichtversicherte sich in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern, wenn sie dieser zuzuordnen sind. Und ab dem 1. Januar 2009 gilt für alle Nichtversicherten, auch wenn sie der PKV zuzuordnen sind, die Pflicht, sich zu versichern.

Um die Versichertengemeinschaften der GKV und der PKV zu schützen, müssen "Nachzügler" Beiträge nachentrichten oder mit Prämienzuschlägen rechnen. Wer Beiträge nicht zahlt, obwohl er dazu wirtschaftlich in der Lage wäre, bekommt nur eine Notbehandlung.

## **7. Wo können sich ehemals gesetzlich Versicherte wieder krankenversichern?**

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt: Wer zuletzt gesetzlich versichert war, muss nun wieder von seiner ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolgerin aufgenommen werden – und zwar seit dem 1. April 2007.

## **8. Wo können sich ehemals privat Versicherte wieder krankenversichern?**

Bereits ab dem 1. Juli 2007 können sich Menschen ohne Versicherungsschutz, die zuletzt privat krankenversichert waren, in einem modifizierten Standardtarif der PKV versichern.

Das betrifft auch diejenigen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind – zum Beispiel wegen selbstständiger Berufstätigkeit. Auch sie können in einen modifizierten Standardtarif der PKV eintreten.

Ab dem 1. Januar 2009 gilt auch für alle Nichtversicherten, die der PKV zuzuordnen sind, die Pflicht, eine Versicherung abzuschließen. Dies kann im Basistarif sein, den dann alle privaten Versicherungen anbieten müssen, oder in einem anderen Krankheitskostentarif. Eine Versicherung im Basistarif für Nichtversicherte darf von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht abgelehnt werden.

## **9. Muss ich im Standardtarif Eigenbeteiligungen leisten, damit Ärzte mich auch behandeln?**

Nein. Der Standardtarif wird im Vergleich zu heute deutlich verbessert. Die medizinische Behandlung wird von allen Ärztinnen und Ärzten, die auch gesetzlich Versicherte behandeln, zu fest vereinbarten Vergütungen sichergestellt. Versicherte im Standardtarif müssen damit nicht mehr befürchten, dass sie von Ärzten nur behandelt werden, wenn sie selbst erhebliche Eigenbeteiligungen leisten.

**10. Ist die Höhe der Beiträge bei Privatversicherten in den neuen Tarifen vom Gesundheitszustand abhängig?**

Nein. Sowohl im modifizierten Standardtarif als auch im Basistarif gibt es keine Risikozuschläge oder gar Leistungsausschlüsse. Die Höhe des Beitrags wird, wie in der PKV üblich, vom Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig sein, nicht aber vom Gesundheitszustand.

**11. Können Nichtversicherte sich auch direkt im Basistarif versichern?**

Der Basistarif wird am 1. Januar 2009 eingeführt. Dann können alle Nichtversicherten, die in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, sich direkt im Basistarif versichern. Auch Personen, die bereits bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, und freiwillig in der GKV Versicherte können innerhalb bestimmter Fristen dorthin wechseln.

**12. Müssen alle privaten Krankenversicherungen einen Basistarif anbieten?**

Ja. Alle Unternehmen der PKV müssen ab dem 1. Januar 2009 einen Basistarif anbieten. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich und orientiert sich am Leistungsumfang der GKV.

**13. Was ist, wenn ich die Beiträge für den Basistarif beziehungsweise für den Standardtarif nicht mehr aufbringen kann?**

Um die Bezahlbarkeit zu gewährleisten, dürfen die Beiträge für den modifizierten Standardtarif und für den Basistarif den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (circa 500 Euro monatlich) nicht überschreiten. Der Beitrag kann aber auch, abhängig vom Eintrittsalter, sehr viel niedriger sein. Wird der Versicherte wegen geringen Einkommens hilfebedürftig im Sinne der gesetzlichen Regelungen zur Grundsicherung, reduziert sich der Beitrag um die Hälfte.

Und wer auch durch den ermäßigten Beitrag finanziell überfordert ist, erhält – wie in der GKV – einen Zuschuss vom Jobcenter oder Sozialamt.

**14. Welchen Leistungsumfang hat der Basistarif?**

Der Leistungsumfang im Basistarif ist mit dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar und beinhaltet eine Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Das bedeutet auch, dass Ärzte und Zahnärzte verpflichtet sind, alle in einem Standard- oder Basistarif Versicherten zu behandeln.

Selbstbehalttarife sind – wie in der GKV – in ihrer Höhe begrenzt, um den Einzelnen nicht zu überfordern.



### **15. Welche Konsequenzen muss ich befürchten, wenn ich die Beiträge nicht zahle?**

Die normalen Leistungen beginnen bei Nichtzahlung künftig zu ruhen. Die Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen werden ein Inkassoverfahren einleiten, das heißt, rückständige Beiträge einfordern oder einklagen und anschließend vollstrecken. Wer nicht zahlt, obwohl er dazu in der Lage wäre, erhält nur noch Leistungen für unaufschiebbare Behandlungen (zum Beispiel Behandlung bei akuten Schmerzen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft). Darüber hinaus entstehen Säumniszuschläge für die offenen Beträge.

Niemand wird durch den Versicherungsbeitrag überlastet. Dafür sorgen in der GKV der prozentuale Beitrag, in der PKV Sozialklauseln und für Bedürftige Zuschüsse der SGB II- oder Sozialhilfeträger.

### **16. Was geschieht mit Personen, die sich erst dann versichern, wenn sie krank werden und medizinische Hilfe benötigen?**

Wer sich zu spät, zum Beispiel erst wenn er krank ist, versichert, muss nicht bezahlte Beiträge nachzahlen. Und solange nennenswerte Beitragsschulden bestehen, wird nur im Notfall versorgt. In der PKV besteht kein Versicherungsschutz für Zeiträume, in denen kein Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Bei verspätetem Beitritt ist darüber hinaus ein Prämienzuschlag zu entrichten.

**17. Wird ein Bußgeld fällig, wenn sich Menschen ohne Versicherungsschutz nicht versichern?**

Nein, es wird kein Bußgeld fällig. Hat sich jedoch eine unversicherte Person nach dem Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. April 2007) nicht versichert und braucht später eine Behandlung, schuldet sie der betreffenden Krankenkasse oder Versicherung die zwischenzeitlich nicht bezahlten Beiträge. Der Leistungsanspruch reduziert sich, solange man der Kasse Geld schuldet. In der privaten Krankenversicherung besteht Versicherungsschutz erst dann, wenn ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Bei verspätetem Beitritt sind Prämienzuschläge zu entrichten. Darüber hinaus steigen die Beiträge bei einem höheren Eintrittsalter.

**18. Muss die Krankenversicherung jeden aufnehmen?**

Ja. Für die Krankenversicherung – gesetzlich oder privat – gilt künftig ein so genannter Kontrahierungszwang. Das bedeutet: Die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, Nichtversicherte aufzunehmen. Für die private Krankenversicherung ist dieser Aufnahmewang allerdings auf den Standard- bzw. Basistarif beschränkt.

**19. Was gilt für diejenigen, die bisher weder gesetzlich noch privat versichert waren?**

In welcher Krankenkasse diese Personen aufgenommen werden, hängt von ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab. Personen, die als Arbeiter oder Angestellte tätig waren, können sich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern.

Selbstständige, die bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren, haben in jedem Fall Zugang zur privaten Krankenversicherung (PKV).

**20. Was ist, wenn ich mir den Beitrag für meine gesetzliche Krankenversicherung nicht leisten kann?**

Die Bezahlbarkeit des Versicherungsschutzes ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in jedem Fall sichergestellt: Bei bedürftigen Personen übernimmt der Sozialhilfeträger die Kosten.

**21. Gibt es Neuregelungen für Selbstständige?**

Ja. Für sie gibt es eine gute Nachricht: Selbstständige mit geringem Einkommen zahlen seit 1. April 2007 verringerte Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der monatliche Mindestbeitrag wurde schon zum 1. April 2007 von rund 250 auf rund 170 Euro abgesenkt.

## **22. An wen kann man sich wenden, wenn man Fragen zum Versicherungsschutz hat?**

Ganz gleich, ob Sie in die gesetzliche oder in die private Krankenversicherung zurückkehren: Für Auskünfte ist zunächst einmal eine gesetzliche Krankenkasse zuständig. Waren Sie gesetzlich versichert, wenden Sie sich also an Ihre ehemalige Krankenkasse oder – falls sie fusioniert hat – an deren Rechtsnachfolgerin.

Waren Sie zuvor in einer privaten Krankenversicherung? Dann erhalten Sie ebenfalls Auskünfte bei einer gesetzlichen Krankenkasse – oder bei einer Verbraucherberatung. Auch wer bisher weder gesetzlich noch privat versichert war, kann sich bei einer gesetzlichen Krankenversicherung informieren.

## **23. Welche Regelungen gelten für Auslandsrückkehrer?**

Für Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland zurückkehren, gelten folgende Regelungen:

War der Auslandsrückkehrer vormals in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, dann hat er oder sie seit 1. April 2007 das Recht, sich wieder in der ehemaligen Kasse (oder deren Rechtsnachfolgerin) zu versichern.

War der Auslandsrückkehrer vormals in der privaten Krankenversicherung versichert, dann hat er oder sie das Recht auf private Versicherung im modifizierten Standardtarif (ab dem 1. Juli 2007) oder im Basistarif (ab dem 1. Januar 2009).

War der Auslandsrückkehrer vormals weder gesetzlich noch privat versichert, hängt die jeweilige Zuordnung vom Einzelfall ab: Personen, die zum Beispiel als Arbeitnehmer im Ausland tätig waren, können sich in der GKV versichern; eher selbstständige oder freiberufliche Tätigkeiten berechtigen zu einer Versicherung in der PKV.

Auch für diese Personen gilt: Um die Solidargemeinschaft zu schützen, dürfen sie nicht erst dann zur Versicherung kommen, wenn sie krank sind.

#### **Fragen zum Versicherungsschutz?**

Mit dem **Bürgertelefon** bietet das Bundesministerium für Gesundheit eine kompetente Anlaufstelle für alle Fragen zum Versicherungsschutz, zur Gesundheitsreform 2007 und allgemein zur gesetzlichen Krankenversicherung:

**01805/996601\***

**Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 18 Uhr, Freitag 8 bis 12 Uhr**

\*kostenpflichtig

Auskünfte erteilt auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland:

**01803/117722\*\***

**Montag bis Freitag von 10 Uhr bis 18 Uhr.**

\*\*kostenpflichtig

**Informationen im Internet: [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)**