

**Fragen und Antworten zur
Gesundheitsreform 2006 / 2007**

**GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
(GKV-WSG)**

Inhaltsübersicht

1. I. Versicherungsschutz	5
Allgemeine Pflicht zur Versicherung	5
Sonstige Neuerungen	10
2. II. Gesetzliche Krankenversicherung	12
Leistungen	12
Wahltarife der Krankenkassen	23
Bürokratieabbau	25
Ärztliches Honorierungssystem	26
Gesundheitsfonds	28
Risikostrukturausgleich	35
Was ändert sich sonst noch?	36
3. III. Neuregelungen in der privaten Krankenversicherung	40
Versicherungsmöglichkeiten	40
Tarife: Basistarif und Standardtarif	42

Ziele der Gesundheitsreform

Wird das System der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Reform zukunftsfester?

Ja. Die neue Gesundheitsversicherung wird unser Gesundheitswesen zukunftsweisend umgestalten – in den Strukturen, in der Organisation, in den Finanzen und im Bereich der Privatversicherung. Mit der Reform wird die Qualität der Versorgung verbessert, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten erhöht. Ziel der Reform ist es, die Beiträge der Versicherten möglichst effizient einzusetzen. So dass jeder Euro dort ankommt, wo er auch benötigt wird. Das wird durch mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Wettbewerb sichergestellt.

Diese Reform stärkt die Solidarität in der Krankenversicherung. Sie bleibt das Herz der Sozialsysteme. Die medizinischen Leistungen müssen für die Menschen bezahlbar bleiben. Auch in der Zukunft.

Was bringt die Reform den Versicherten?

Es ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, die den Patientinnen und Patienten keine neuen Lasten aufbürdet. Es gibt keine Zuzahlungserhöhung. Es gibt keine Ausgrenzung von Leistungsbereichen. Im Gegenteil: Da wo es notwendig ist, werden Leistungen zielgenau ausgebaut:

- beispielsweise bei der Versorgung von Menschen mit schweren oder seltenen Krankheiten, die Spezialisten brauchen,
- bei der Versorgung Sterbender werden so genannte Palliative Care Teams die Menschen betreuen und ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen – und auch bei der Rehabilitation älterer Menschen wird es eine bessere Versorgung geben,

- Kassen müssen künftig notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren erstatten,
- medizinisch empfohlene Impfungen werden die Kassen in Zukunft ebenfalls bezahlen.

Außerdem erhalten die Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten durch die Wahltarife, die die Krankenkassen in Zukunft anbieten können.

I. Versicherungsschutz

Allgemeine Pflicht zur Versicherung

Es gibt Hunderttausende Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall, also Nichtversicherte. Wird es hier Änderungen geben?

Ja!

Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte wird es eine Pflicht zur Versicherung geben. Dann muss in Deutschland niemand mehr ohne Absicherung im Krankheitsfall sein. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit dem 1.4.2007 eine Pflicht zur Versicherung für den der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordneten Personenkreis eingeführt. In der privaten Krankenversicherung gibt es ab dem 1.7.2007 ein Beitrittsrecht in den Standardtarif und ab dem 1.1.2009 eine Pflicht zur Versicherung für alle Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind und zwar im Mindestumfang von ambulanter und stationärer Heilbehandlung mit maximalem Selbstbehalt von 5000 Euro. Diese Personen können sich auch im Basistarif versichern, müssen es aber nicht.

Auch Menschen, die aus dem Ausland zurück kommen, haben damit in jedem Fall Zugang zu einer Krankenversicherung. Ab 1.1.2009 gilt die umfassende Pflicht zum Abschluss einer Versicherung für alle Einwohner. Wer bereits über einen Versicherungsschutz oder vergleichbare Ansprüche im Krankheitsfall verfügt, hat diese Pflicht automatisch erfüllt.

Können Menschen ohne Krankenversicherungsschutz frei wählen, ob sie sich privat oder gesetzlich versichern?

Nein!

Wer zuletzt gesetzlich krankenversichert war, wird Mitglied seiner letzten Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers dieser Krankenkasse. War er zuletzt privat krankenversichert, muss er wieder einen Vertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abschließen.

Wer bisher weder gesetzlich noch privat versichert war, wird in dem System versichert, dem er oder sie aufgrund der ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen ist. Wer zum Beispiel in einem Angestelltenverhältnis gearbeitet hat, kann sich dann in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Selbständige, die bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren, haben in jedem Fall Zugang zum Standard- oder Basistarif der privaten Krankenversicherung.

Was gilt für Auslandsrückkehrer?

Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland zurückkehren und keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben, können sich künftig in der PKV ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse versichern. Ab 1.7.2007 steht ihnen der erweiterte Standardtarif offen und ab 1.1.2009 steht ihnen der Basistarif zur Verfügung. Sofern diese Auslandsrückkehrer vor ihrer Ausreise zum Beispiel als Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied waren, werden sie schon seit 1.4.2007 Mitglied in ihrer früheren gesetzlichen Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolgerin.

Ein Beispiel: Ein heute 84jähriger Auslandsrückkehrer aus den USA, der früher in Deutschland privat versichert war, kehrte nach Deutschland zurück. Bisher wurde er hier von keiner Krankenkasse versichert (weder gesetzlich noch privat).

Er hat die Möglichkeit, ab dem 1.7.2007 eine Versicherung zunächst im Standardtarif abzuschließen. Sein Vertrag wird dann zum 1.1.2009 automatisch in den neuen Basistarif überführt. Kommt er nach dem 31.12.2008 zurück, muss er sich privat krankenversichern. Er kann dies im Basistarif tun oder in einem anderen Tarif, der dem gesetzlich festgelegten Mindestumfang des Versicherungsschutzes genügt. Allerdings besteht nur im Basistarif Kontrahierungszwang.

Kann die private Krankenversicherung bisher Nichtversicherte mit Vorerkrankungen ablehnen?

Im erweiterten Standardtarif und im Basistarif, nein!

Die private Krankenversicherung muss in Zukunft Personen, die ihr zuzuordnen sind und die bisher keinen Krankenversicherungsschutz hatten, den Basistarif ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse anbieten. Der Basistarif entspricht dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und beinhaltet eine Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung über die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Heute unversicherte Personen können schon zum 1.7.2007 in den entsprechend modifizierten Standardtarif.

Wie wird künftig sichergestellt, dass alle Menschen in Deutschland krankenversichert sind?

Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung führen ihren Beitrag wie bisher automatisch über den Arbeitgeber, den Rentenversicherungsträger etc. ab. Sie konnten ihren Versicherungsschutz schon in der Vergangenheit nicht verlieren. Freiwillig Versicherte zahlen ihre Krankenkassenbeiträge in der Regel selbst. Bislang wurde ihre Mitgliedschaft kraft Gesetzes beendet, wenn sie zwei Monate keine Beiträge gezahlt hatten, ungeachtet der Information ihrer Krankenkasse über die Folgen dieses Zahlungsverzugs.

Dies ändert sich nun. Wegen Beitragsrückstand kann künftig keinem Versicherten der Versicherungsschutz mehr (vollständig) entzogen werden. Wer die Versicherung wechseln will, muss nachweisen, dass er eine neue Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Welche Konsequenzen müssen diejenigen fürchten, die sich nicht versichern oder ihre Beiträge nicht zahlen?

Die normalen Leistungen beginnen bei Nichtzahlung künftig zu ruhen. Die Kasse bzw. die Versicherung muss ein Inkassoverfahren einleiten und rückständige Beiträge einfordern (Vollstreckung).

Wer mutwillig nicht zahlt, erhält – egal ob gesetzlich oder privat versichert – nur noch unaufschiebbare Leistungen (zum Beispiel Behandlung akuter Erkrankungen oder Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft). Wer sich zu spät, zum Beispiel erst wenn er krank ist, versichert, muss nicht bezahlte Beiträge nachzahlen. Und dafür, dass niemand durch die Beiträge finanziell überlastet wird – privat wie gesetzlich – sorgen Sozialklauseln und für Bedürftige Zuschüsse der Grundsicherungsträger.

Die Krankenkassen können Säumniszuschläge von fünf Prozent des rückständigen Beitrags erheben. So wird mit einer Mischung aus Sanktionen und finanziellen Hilfen dafür gesorgt, dass die allgemeine Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung ihr Ziel erreicht und zugleich auch die Versicherten selbst über regelmäßige Beitragszahlung zur Finanzierung dieses umfassenden Versicherungsschutzes beitragen.

Wird ein Bußgeld fällig?

Nein, Bußgelder werden nicht eingeführt.

Wird die Behandlung in den neuen Tarifen sicher gestellt?

Die Behandlung der Versicherten im Basistarif ab 1.1. 2009 sowie im geltenden und erweiterten Standardtarif ab 1.7.2007 wird über die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Der erweiterte Standardtarif wird zum 31.12.2008 in den neuen Basistarif "überführt", indem die Versicherten das Recht erhalten, in den neuen Basistarif zu wechseln.

Was passiert, wenn man sich nicht versichert und es tritt dann ein Versicherungsfall ein, bei dem der Versicherte Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen muss?

Alle heute nicht versicherten Personen können sich spätestens ab 1.7.2007 versichern, werden aber nicht behördlich gezwungen, von diesem Recht Gebrauch zu machen. Hat sich jedoch eine bislang unversicherte Person nach dem Eintritt der Pflicht zur Versicherung nicht versichert und braucht später eine Behandlung, schuldet sie der betreffenden Krankenkasse oder Versicherung, die sie für die Leistungen in Anspruch nimmt, die zwischenzeitlich nicht bezahlten Beiträge.

Wie sind im Zusammenhang mit der allgemeinen Versicherungspflicht die Personen ohne Einkünfte aufgestellt?

Bei Personen, die gesetzlich versichert sind, bleibt alles beim Alten. Wie auch heute übernehmen die Arbeitslosenversicherung oder das Grundsicherungsamt die Beiträge. Künftig wird aber auch bei Privatversicherten die Bezahlbarkeit sichergestellt. Wenn jemand die Beiträge nicht mehr zahlen kann, steht zunächst der Basistarif offen. Der Basistarif darf maximal so teuer sein, wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ist auch das für den Versicherten nachweislich zu teuer, wird der zu zahlende Beitrag halbiert.

Und wer auch dafür nicht mehr genug Geld oder Vermögen hat, kann – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – einen Zuschuss vom Grundsicherungsamt bekommen.

Was ist der Grundgedanke der jetzt vereinbarten Pflicht zur Krankenversicherung?

Die allgemeine Pflicht zur Versicherung ist ein Meilenstein in der deutschen Sozialgeschichte und eine konsequente Anpassung der Bismarckschen sozialen Krankenversicherung an heutige Verhältnisse. Die moderne, umfassende Versorgung im Krankheitsfall können auch Gutverdiener nicht bezahlen. Die Folgen eines Schlaganfalls oder chronischer Erkrankungen wie die Notwendigkeit einer Dialysebehandlung sprengen heute das größte private Budget. Auch ist die Vorstellung nicht mehr zeitgemäß, dass Selbständige die Kosten einer notwendigen Behandlung notfalls auch selbst zahlen könnten. Die zunehmende Zahl der Kleinselbständigen und heute üblichen biographischen Diskontinuitäten und Sprünge sprechen für sich. Die Pflicht zur Versicherung mit bezahlbaren Beiträgen sorgt dafür, dass in Zukunft jeder einen eigenen Schutz hat. Zudem leistet jede und jeder einen Beitrag für sich und muss nicht erst im Notfall und bei Bedürftigkeit durch das soziale Netz der Sozialhilfe wieder aufgefangen werden.

Sonstige Neuerungen

Sind Ehepartner und Kinder bei gesetzlichen Krankenkassen weiter beitragsfrei mitversichert?

Ja. Die beitragsfreie Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder und für den Ehepartner ohne Job oder nur mit Minijob sowie den gleichgeschlechtlichen eingetragenen Lebenspartner gelten weiter.

In der privaten Krankenversicherung bleibt es wegen der Kalkulationssystematik dabei, dass für Ehepartner und Kinder extra Verträge abzuschließen sind.

Was passiert, wenn meine Krankenkasse pleite ist?

Die Ansprüche der Versicherten an ihre bisherige Krankenkasse sind durch das bereits bestehende und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz fortgeführte Haftungssystem umfassend gesichert. Kommt es zu einer Schließung der bisherigen Krankenkasse, hat jeder Versicherte die Möglichkeit, seine Mitgliedschaft bei einer anderen wählbaren Krankenkasse fortzusetzen.

II. Gesetzliche Krankenversicherung

Leistungen

Allgemeines

Müssen die Versicherten mit Leistungskürzungen durch die Gesundheitsreform rechnen?

Im Gegenteil. Dies ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, durch die keine Zuzahlungen erhöht werden oder Leistungsbereiche ausgeschlossen werden. Vielmehr werden Leistungen dort zielgenau ausgebaut, wo es notwendig ist: Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden und eine spezialisierte Versorgung benötigen (zum Beispiel Aids- oder Krebspatienten), sollen eine bestmögliche Behandlung erhalten. Deshalb werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten geöffnet.

Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Deshalb werden wir für ihre Versorgung so genannte Palliative Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zulassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder in Kinderhospizen verbessert. Unter anderem werden stationäre Kinderhospize finanziell entlastet, indem der Kostenanteil, den sie bisher zum Beispiel durch Spenden aufbringen mussten, von zehn auf fünf Prozent gesenkt wird.

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen.

Deshalb wird es für diese Menschen zukünftig einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation geben. Damit dadurch keine Verwerfungen entstehen, machen wir alle Reha-Leistungen zu Pflichtleistungen.

Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in normalen Privathaushalten gleichgestellt.

Zukünftig kann jeder Versicherte – egal ob gesetzlich oder privat – direkten Zugang zu den besten Ärzten des Landes erhalten. Entsprechende Tarife werden zukünftig auch von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten.

Empfohlene Impfungen sowie notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden.

Wird es mehr Leistungen geben?

Dort, wo es notwendig ist, werden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebaut. Verbesserungen wird es in den folgenden Bereichen geben:

Behandlung schwerer und seltener Krankheiten: Von schweren oder seltenen Krankheiten betroffenen Patienten wird der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus künftig erleichtert. Geeignete Kliniken können mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot künftig allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik geeignet ist und zugelassen wird, wird im jeweiligen Bundesland entschieden.

Palliativversorgung: Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

So genannte Palliative Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden in den Fällen, in denen eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen. Mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt die Gesundheitsreform dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen entgegen, so lange irgend möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben.

Kinderhospize: Die Rahmenbedingungen für Kinderhospize werden deutlich verbessert. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.

Rehabilitation: Die Rehabilitation für ältere Menschen wird verbessert. So können sie weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden. Damit kann die Einweisung in Pflegeheime in vielen Fällen vermieden werden. Allgemein werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenkassen. Das heißt auch, künftig haben Kassen keine finanziellen Nachteile mehr, wenn ihre Versicherten sinnvolle Reha-Leistungen brauchen, weil diese Leistungen dann in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen: Zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten wird klargestellt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht davon abhängt, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

Häusliche Krankenpflege: Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in Privathaushalten gleichgestellt.

Impfungen: Wichtige Impfungen müssen künftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Mutter-/Vater-Kind-Kuren: Die medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter wird verbessert. Notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Ambulante Geburten im Geburtshaus: Viele schwangere Frauen entscheiden sich gegen eine Entbindung im Krankenhaus und wollen ihr Kind gern in einem Geburtshaus zur Welt bringen. Diese Möglichkeit, eine eigene, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Wahl zu treffen, wird jetzt noch stärker unterstützt: Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei ambulanten Geburten im Geburtshaus einen Betriebskostenzuschuss zu zahlen. Die Frauen werden damit finanziell deutlich entlastet.

Bleibt es bei der Praxisgebühr?

Die Praxisgebühr hat sich bewährt und bleibt erhalten.

Werden mit der Reform die Prävention und die Vorsorge verstärkt?

Ja. Die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten werden verbessert, die Gesundheitsförderung in den Betrieben und die Verringerung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz werden gestärkt.

Dazu müssen die Krankenkassen auch untereinander und die Krankenversicherung mit der Unfallversicherung besser zusammenarbeiten.

Hinzu kommt die Verpflichtung der Krankenkassen, die Arbeit der Selbsthilfegruppen besser zu fördern und Bürokratie bei der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu verringern. So müssen Krankenkassen zum Beispiel im Jahr 2006 einen Betrag von 0,55 Euro pro Versicherten für die Selbsthilfeförderung zur Verfügung stellen. Nicht ausgegebene Gelder werden auf das nächste Jahr übertragen.

Im Übrigen sollen Versicherte dadurch stärker zur Vorsorge motiviert werden, dass sich das auch finanziell auszahlt, wenn sie krank werden.

Was gilt, wenn ich mich piercen lasse und dann eine schlimme Entzündung bekomme?

Es wird dem Einzelnen mehr Eigenverantwortung für seine Gesundheit abverlangt: Bei Folgeerkrankungen von Schönheits-Operationen oder Piercings muss die Krankenkasse den Patienten künftig an den Behandlungskosten beteiligen.

Wird es Neuerungen für pflegebedürftige bzw. behinderte Menschen geben?

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag in ihrem häuslichen Umfeld gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. Deshalb wird es zukünftig auch hier einen Rechtsanspruch insbesondere auf geriatrische Rehabilitation geben. Das bringt vor allem auch für Menschen mit Behinderungen große Verbesserungen. Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in Privathaushalten gleichgestellt.

Wann muss die Zweitmeinung eines Arztes eingeholt werden?

Die Zweitmeinung muss für ganz spezielle neue Arzneimittel eingeholt werden. Das können zum Beispiel sehr stark wirksame und zielgenau wirksame, biotechnologisch hergestellte Medikamente sein, wie sie bei Rheumapatienten oder Krebspatienten eingesetzt werden.

Mit dem Zweitmeinungsverfahren sollen die Qualität und die Sicherheit der Anwendung dieser Arzneimittel verbessert werden.

Da diese Arzneimittel sehr teuer sind, ist es besonders wichtig, dass sie nur den Patienten verordnet werden, die davon nachweislich profitieren. Die Arzneimittel, die unter diese Regelung fallen, werden von politisch unabhängigen Experten des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt.

Zahle ich für die Zweitmeinung eine Praxisgebühr?

Nein, dafür bekomme ich vom behandelnden Arzt eine Überweisung.

Arzneimittelbereich

Was bedeutet die Kosten-Nutzen-Bewertung?

Kosten-Nutzen-Bewertung bedeutet, dass unabhängig geprüft wird, in welchem Verhältnis der Preis eines neuen Arzneimittels zur Leistung für den Patienten steht. Dadurch wird die Qualität des Arzneimittels hinsichtlich seines Gebrauchswertes für den Arzt und für den Patienten besser erkennbar.

Neue Arzneimittel können in Zukunft daraufhin untersucht werden, welchen Nutzen sie den Patienten bringen und welche Kosten dabei entstehen. Dazu werden die neuen Arzneimittel mit vorhandenen Arzneimitteln verglichen.

Bei dem Vergleich werden der Nutzen und die Kosten des neuen Arzneimittels dem Nutzen und den Kosten der bisherigen Therapie gegenübergestellt. So wird es möglich, genau die neuen Arzneimittel zu erkennen, die den Patienten mehr nutzen, ihre Leiden besser lindern und ihre Lebensqualität deutlicher verbessern. Und für diese Arzneimittel sollen die Hersteller auch höhere Preise verlangen dürfen.

Durch eine solche Regelung bekommt die Pharmaindustrie mehr Anreize, Arzneimittel zu entwickeln, die den Patienten besser helfen.

Davon profitieren die Patienten unmittelbar – sie können besser behandelt und schneller geheilt werden. Und das kommt schließlich der gesamten Solidargemeinschaft zugute.

Bekommen gesetzlich Krankenversicherte alle neuen Arzneimittel auch in Zukunft verschrieben?

Ja, auch neue Arzneimittel sollen den Versicherten weiterhin zur Verfügung stehen.

Mit dem Zweitmeinungsverfahren sorgen wir dafür, dass diese neuen Arzneimittel gezielt eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich vor allem um gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die für spezielle Formen schwerer Erkrankungen zugelassen werden.

Diese setzen in besonderem Maße spezialisierte Fachkenntnisse voraus, deren Kriterien von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit den Fachkreisen festgelegt werden.

Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapie bieten dem verordnenden Arzt die notwendige Entscheidungssicherheit, dass nur die Patienten diese neuen Arzneimittel bekommen, die davon mit Sicherheit profitieren.

Anwendungssicherheit und Versorgungsqualität sollen in diesen Bereichen zunehmen.

Welche Arzneimittel sind zuzahlungsfrei?

Die Versicherten haben künftig noch mehr Möglichkeiten, die Zuzahlung bei Arzneimitteln zu sparen. Denn in Zukunft können Krankenkassen Einsparungen, die sich aus Rabattverträgen mit den Herstellern ergeben, an die Versicherten weitergeben. Sie können die Zuzahlung ganz oder zur Hälfte erlassen.

Von günstigen Arzneimitteln ohne Zuzahlung profitieren die Versicherten aber auch heute schon durch die Regelungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes. Besonders günstige Arzneimittel – deren Preis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt – können seit dem 1. Juli 2005 von der Zuzahlung befreit sein.

Die Liste der Medikamente ohne Zuzahlung wird regelmäßig erweitert. Sie ist auf der Internetseite www.die-gesundheitsreform.de zu finden.

Was ändert sich durch die Reform für die Versicherten in der Apotheke?

Bisher gilt: Kreuzt ein Arzt auf dem Rezept das Kästchen "aut idem" nicht an, so ist der Apotheker verpflichtet, entweder das auf dem Rezept verordnete Medikament, oder eines der drei jeweils kostengünstigsten Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff abzugeben, das in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Neben diese bestehende Regelung tritt eine erweiterte "aut idem-Regelung" hinzu. In Zukunft muss der Apotheker dem Versicherten ein Medikament des Herstellers abgeben, mit dem die jeweilige Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat. Vorteil für den Versicherten dabei ist: Diese Medikamente kann er ganz oder zur Hälfte zuzahlungsbefreit bekommen.

Neue Regelungen für chronisch Kranke

Ändert sich etwas an der Belastungsgrenze für chronisch Kranke?

Auch zukünftig gilt für chronisch Kranke grundsätzlich die maximale Belastungsgrenze für Zuzahlungen von einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Alle anderen zahlen zwei Prozent.

Voraussetzung einer abgesenkten Belastungsgrenze ist ab dem 1. Januar 2008 allerdings die vorherige regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und eigenes Zutun zur Genesung während der Therapie. Durch die Gesundheitsreform wird so gesundheitsbewusstes Verhalten gestärkt und es werden Anreize für mehr Vorsorge geschaffen. Diejenigen, die in Zukunft medizinisch erwiesen sinnvolle Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen nutzen, werden belohnt.

Damit Krankheiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können, bieten die gesetzlichen Krankenkassen eine Reihe von Früherkennungsmaßnahmen an. Zu wenige Versicherte nehmen diese Möglichkeiten bisher in Anspruch. Das soll sich verbessern.

Müssen alle diesen Nachweis erbringen?

Nein. Das gilt für Versicherte ab einem bestimmten Alter:

Wer nach dem 1. April 1972 geboren ist und regelmäßig am allgemeinen Gesundheitscheck teilgenommen hat, kann die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch nehmen, wenn er oder sie später an einem chronischen Leiden erkrankt.

Wer nach dem 1. April 1987 geboren ist (Männer nach dem 1. April 1962) und an einem Krebsleiden erkrankt, für das Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden, kann die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch nehmen, wenn sie oder er diese Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat.

Was gilt für die Jahrgänge, die älter sind und nicht chronisch krank sind?

Für Menschen, die älter sind und im späteren Lebensverlauf chronisch krank werden, gilt die abgesenkte Zuzahlungsgrenze von einem Prozent. Von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin erhalten die Versicherten wie bisher eine Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Diese darf der Arzt oder die Ärztin ausstellen, wenn sich die Versicherten am Behandlungserfolg beteiligen. Das kann zum Beispiel die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (Disease Management Programm, DMP) sein. Ausgenommen sind Versicherte, die schwer behindert (über 60 Prozent), psychisch krank oder pflegebedürftig (Pflegestufe II oder III) sind.

Was sind Disease Management Programme genau?

Disease Management Programme (Abkürzung: DMP) oder strukturierte Behandlungsprogramme stellen eine besondere medizinische Versorgungsform dar. Der Zweck strukturierter Behandlungsprogramme ist es, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Die Patienten lernen, mit ihrer Krankheit umzugehen, sie werden in die Behandlung eingebunden und sie profitieren vom strukturierten Zusammenspiel der Hausärzte mit den Ärzten in Facharztpraxen und Kliniken.

Die Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit soweit wie möglich verhindert und die Lebensqualität der Patienten verbessert.

So werden beispielsweise seit längerem für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramme und regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt in den Programmen angeboten.

Für welche chronischen Krankheiten werden Disease Management Programme angeboten?

Für folgende Krankheiten sind bisher strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) sowie Brustkrebs.

Was ist, wenn ich Früherkennungsuntersuchungen versäume und später schwer krank werde?

Soweit Versicherte Vorsorgeuntersuchungen versäumt haben, gilt für sie die 1-Prozent-Grenze trotzdem, wenn sie an einem für ihre Krankheit von ihrer Krankenkasse angebotenen Disease Management Programm (DMP) teilnehmen. Für die heute bereits chronisch Erkrankten bleibt zudem weitgehend alles beim Alten – insbesondere zum Beispiel für Pflegebedürftige.

Was bedeutet „therapiegerechtes Verhalten“ im Zusammenhang mit der verringerten Zuzahlungsgrenze?

Ein Diabetiker zum Beispiel kann sich in einem speziellen strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (Disease Management Programm) seiner Krankenkasse einschreiben.

In den Fällen, in denen ein solches Programm nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.

Hilfsmittel

Wie werden Hilfsmittel künftig bezahlt?

Die Neuregelungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln (zum Beispiel Hörhilfen, Körperersatzstücke, Rollstühle oder Gehhilfen) sollen den Vertrags- und Preiswettbewerb stärken. An der Versorgung der Versicherten im Wege der Sachleistung ändert sich nichts. Die Versorgung erfolgt künftig ausschließlich durch Vertragspartner der Krankenkassen. In den Verträgen werden die Einzelheiten der Versorgung einschließlich der Bezahlung geregelt. Unter den neuen Rahmenbedingungen können die Krankenkassen durch geeignete vertragliche Vereinbarungen wirksamer als bisher verhindern, dass über die gesetzliche Zuzahlung hinaus weitere Aufzahlungen für medizinisch notwendige Leistungen erhoben werden.

Wahltarife der Krankenkassen

Kann man künftig Selbstbehalttarife oder Kostenerstattungstarife wählen?

Ja. In Zukunft dürfen alle einen Selbstbehalttarif wählen (Ausnahme: Mitglieder, die ihre Beiträge nicht selbst zahlen, zum Beispiel Arbeitslosengeldbezieher). Bisher konnten das nur freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung und privat Versicherte. Der Selbstbehalttarif ist vergleichbar mit einer Teilkasko-Versicherung beim Auto.

Versicherte können sich verpflichten, bis zu einer bestimmten Höhe Behandlungskosten selbst zu tragen. Dafür erhalten sie von der Kasse zum Beispiel eine jährliche Prämie. An diesen Tarif ist der Versicherte drei Jahre lang gebunden.

Bei der Kostenerstattung bezahlt der Versicherte oder ein Familienmitglied eine bestimmte Behandlung selbst und reicht die Rechnung bei der Krankenkasse ein. Die Kasse erstattet aber nur einen Teil der Kosten. Werden zum Beispiel zusätzlich Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden, in Rechnung gestellt, muss der Versicherte diese selbst bezahlen. Auch ggf. höhere Vergütungen für die privatärztliche Leistung übernimmt die Kasse nicht. Zu beachten ist auch, dass die Krankenkasse für die Bearbeitung der Rechnung eine Gebühr erhebt.

Welche weiteren Wahlmöglichkeiten hat der Versicherte?

Krankenkassen können ihren Versicherten Beitragsrückerstattung anbieten. Der Versicherte bekommt von der Krankenkasse eine Prämie ausgezahlt, wenn er und die Familienmitglieder ein Jahr lang keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen haben. Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen dürfen in Anspruch genommen werden. An diesen Tarif ist der Versicherte drei Jahre gebunden.

Versicherten, die sich gesundheitsbewusst verhalten, können die Krankenkassen Prämien auszahlen oder ihnen die Zuzahlung ermäßigen.

Die Krankenkassen können ihren Versicherten Tarife für besondere Versorgungsformen anbieten. Wer sich zum Beispiel in ein Hausarztmodell einschreibt oder an der Integrierten Versorgung teilnimmt, bekommt einen finanziellen Vorteil.

Außerdem können Wahltarife für alternative Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wie zum Beispiel homöopathische Mittel angeboten werden.

Wird es weiter Hausarztmodelle geben?

Ja. Die hausarztzentrierte Versorgung der Versicherten wird weiter ausgebaut und verbessert. Künftig sind alle Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarztmodell anzubieten.

Patientinnen und Patienten können sich für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt. Andere Ärzte – mit Ausnahme von Augen- und Frauenärzten – dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden, sodass der Hausarzt stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten.

Bürokratieabbau

Wird mit der Reform Bürokratie abgebaut?

Ja. Ein wichtiges Ziel der Reform ist die Entbürokratisierung. Ein überbordender Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung.

Deshalb wird im gesamten System Bürokratie abgebaut: bei der ärztlichen Vergütung und den Prüfmechanismen; bei den notwendigen Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser; bei den neuen und innovativen Versorgungsformen wie zum Beispiel den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) oder Integrierter Versorgung und bei den Entscheidungsstrukturen in den Gremien der Selbstverwaltung und den Verbänden. Gelockert wird zudem die Zwangsmitgliedschaft der Krankenkassen in den Kassenverbänden. Es werden freie Fusionen der Krankenkassen über Kassengrenzen hinweg erlaubt. Außerdem werden die Verbandsstrukturen der Krankenkassen gestrafft.

Künftig vertritt ein einheitlicher Spitzenverband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene und regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Ärztliches Honorierungssystem

Was ändert sich bei der vertragsärztlichen Vergütung von Ärztinnen und Ärzten?

Die Reform bringt den Ärztinnen und Ärzten eine Menge Verbesserungen. Ab 1.1.2009 werden die vertragsärztlichen Leistungen grundsätzlich mit den festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung und nicht mehr mit "Punkten" vergütet. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des Honorars aus Sicht der Ärzte erheblich. Die Vorgaben zur Euro-Gebührenordnung und zu den sonstigen Vergütungsregelungen werden weitgehend von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkasse auf Bundesebene im Bewertungsausschuss gemacht. Dieser wird dabei durch ein professionelles Institut unterstützt. Zukünftig soll es nicht mehr möglich sein, diese Vorgaben auf regionaler Ebene zu unterlaufen, so dass sichergestellt ist, dass die Regelungen flächendeckend umgesetzt werden, das heißt, die bestehenden regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe entfallen.

Bleibt es bei den bisherigen Budgets bei der Vergütung?

Nein. Bisher durften die Vergütungssummen für die Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich nur im Rahmen der Einkommensentwicklung der beitragszahlenden Versicherten ansteigen, um die Beitragssätze der Krankenkassen stabil zu halten.

Die Kassen müssen ab dem 1.1.2009 zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mehr Geld bereitstellen, wenn der Behandlungsbedarf ansteigt oder Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden. Das heißt: das sog. Morbiditätsrisiko, das heißt Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, wird auf die Krankenkassen übertragen. Die Kassen vergüten auch den Kostenanstieg der Praxen, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann. Diese Honorarsteigerungen werden nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität "gedeckt". Künftig entrichten damit diejenigen Kassen, deren Versicherte einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zwischen den Kassen wird somit eine leistungsgerechte Aufteilung der finanziellen Lasten erreicht und das Problem der Honorarverluste bei Mitgliederwanderungen wird gelöst.

Wird die Unterversorgung mit Ärzten in bestimmten Regionen weiter abgebaut?

Eine neue Übergangsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 stellt sicher, dass die Unterversorgung mit Vertragsärzten in bestimmten Regionen schnell und wirksam abgebaut wird: Die Kassen haben die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nicht nur wie bisher zur Hälfte, sondern voll zu tragen. Damit geht in diesen Jahren die Zahlung der Sicherstellungszuschläge nicht mehr zu Lasten der übrigen Ärzte. Zudem wird die im geltenden Recht enthaltene Begrenzung des für Sicherstellungszuschläge insgesamt aufzuwendenden Finanzvolumens auf ein Prozent der Gesamtvergütungen aufgehoben. Darüber hinaus werden die Anforderungen abgesenkt, nach denen beschlossen wird, ob eine Region mit Medizinern unterversorgt ist. Es können künftig bereits Zuschläge gezahlt werden, wenn eine Unterversorgung "in absehbarer Zeit" droht. Bisher muss auf eine „unmittelbar“ drohende Unterversorgung abgestellt werden.

In der Euro-Gebührenordnung wird dann ab dem Jahr 2010 ein finanzielles Anreiz-System zum effizienten Abbau von Über- und Unterversorgung mit Ärztinnen und Ärzten etabliert.

Wird der Wettbewerb gesteigert?

Eindeutig ja. Die Gesundheitsreform bietet Krankenkassen und Ärzten neue innovative Chancen. So wird es mehr Möglichkeiten geben, im Rahmen des vorgesehenen Vertragswettbewerbs zeitnah und flexibel spezifische Angebote zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten zu gestalten (hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge, integrierte Versorgung). Daraus können sich eine Reihe von Chancen und Möglichkeiten für die an innovativen Versorgungsformen beteiligten Ärzte ergeben.

Gesundheitsfonds

Wann kommt der Gesundheitsfonds?

Mit dem Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu und gerecht gestaltet. Der Gesundheitsfonds wird im Januar 2009 starten.

Was bedeutet der Gesundheitsfonds für die Versicherten?

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz für die Krankenversicherung. Damit gelten wie bereits jetzt schon in allen übrigen gesetzlichen Sozialversicherungen (Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) einheitliche Beitragssätze.

Das neue Finanzierungssystem macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent.

Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigen bzw. Beitragsrückerstattungen gewähren. Eine Krankenkasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer anderen Krankenkasse wechseln.

Bleibt es bei unterschiedlichen Krankenversicherungsbeiträgen der Kassen?

Nein. Es wird ein für alle Krankenkassen gültiger, bundeseinheitlicher, prozentualer Beitragssatz festgelegt. Damit wird es künftig keine Beitragssatzunterschiede von bis zu vier Prozentpunkten zwischen einzelnen Krankenkassen geben. Wie gut eine Krankenkasse wirtschaftet, können die Versicherten in Zukunft besser erkennen: Krankenkassen, die gut wirtschaften, werden ihren Versicherten Geld auszahlen. Weniger gut wirtschaftende Krankenkassen müssen Zusatzbeiträge erheben.

Wer ermittelt in Zukunft den Beitragssatz und legt ihn fest?

Bisher legen ca. 250 Krankenkassen ihre prozentualen Beiträge jeweils selbst fest. Künftig beschließt die Bundesregierung (erstmalig bis Ende November 2008), wie viel Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber ab 2009 zu zahlen haben. Zuvor wird ein Gremium aus Fachleuten nach Prüfung aller wirtschaftlichen Daten der Regierung einen Vorschlag machen. Solange die Bundesregierung nichts Neues beschließt, gilt auf absehbare Zeit dieser einheitliche Beitragssatz.

Wie hoch wird der Beitragssatz dann sein?

Das kann man heute noch nicht sagen. Das hängt zum Beispiel davon ab, wie sich die Beschäftigungssituation entwickelt. Haben mehr Menschen Arbeit, steigen die Beitragseinnahmen. Aber auch die Ausgabenentwicklung spielt eine wichtige Rolle. Es ist wichtig, dass die Krankenkassen wirklich alle Möglichkeiten nutzen, um unnötige Ausgaben zu vermeiden.

Wird er jedes Jahr neu festgelegt?

Nein. Zum Start des Fonds im Jahr 2009 wird der Beitragssatz so festgelegt, dass die durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen zu 100 Prozent gedeckt werden.

Er wird angepasst, wenn die Ausgaben der Krankenkassen nicht mindestens zu 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds inklusive Steuerzuschüsse gedeckt sind.

Kann man künftig Geld zurückgezahlt bekommen?

Ja. Die gesetzlichen Krankenkassen können und werden ihren Versicherten in Zukunft Beiträge rückerstatten.

Was passiert, wenn die Krankenkasse mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt?

Zunächst einmal erhalten die Krankenkassen durch die Reform ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um zugunsten ihrer Versicherten und Beitragszahler Kosten zu sparen.

Der Spielraum der Krankenkassen, zum Beispiel für Vertragsmöglichkeiten mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung, wird erheblich ausgeweitet. Wenn eine Krankenkasse schließlich mit dem ihr zielgenau zugewiesenen Geld nicht auskommen sollte, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben.

Wie hoch ist der Zusatzbeitrag?

Die Krankenkasse legt den Zusatzbeitrag selbst fest, und zwar entweder prozentual oder fix. Der zusätzliche Betrag darf aber beim einzelnen Mitglied nicht mehr als ein Prozent seiner beitragspflichtigen Einnahmen ausmachen.

Bei pauschalen Beträgen bis zu einer Höhe von acht Euro wird die Höhe des Einkommens jedoch nicht geprüft. Erst bei pauschalen Beträgen ab acht Euro erfolgt eine Einkommensprüfung. Die Krankenkassen werden aber verpflichtet, ihre Mitglieder rechtzeitig über drohende Zusatzbeiträge oder deren Erhöhungen zu informieren. Außerdem müssen die Krankenkassen in ihrer Information darauf hinweisen, dass das Mitglied in eine andere Krankenkasse wechseln kann.

Wer zahlt den Zusatzbeitrag, wenn die Kasse ihn verlangt?

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Krankenkasse, falls sie ihn verlangt. Für Kinder oder den mitversicherten Partner muss man aber keinen Zusatzbeitrag zahlen.

Sozialhilfeempfänger oder Empfänger von Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt der Sozialhilfeträger auch den Zusatzbetrag.

Zahlt der Arbeitgeber die Hälfte des Zusatzbeitrags?

Nein. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, bezahlt das Mitglied diesen in voller Höhe selbst. Umgekehrt erhalten die Arbeitgeber auch keinen Anteil an Rückzahlungen, die gut wirtschaftende Kassen bieten können.

Was unterscheidet den Zusatzbeitrag von den Zuzahlungen, die ich heute zahlen muss?

Den Zusatzbeitrag muss eine Krankenkasse erheben, wenn sie es trotz der mit der Reform geschaffenen vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten nicht schafft, mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds auszukommen. Der Zusatzbeitrag darf für den Einzelnen nicht mehr betragen als ein Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens.

Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel oder die Praxisgebühr muss jeder Versicherte, der krank ist, beim Arzt oder in der Apotheke bezahlen.

Für die Zuzahlungen gilt: Alle Patienten zahlen maximal zwei Prozent ihres Haushaltseinkommens, außer chronisch kranke Menschen. Für sie gilt die Belastungsgrenze von einem Prozent des Haushaltseinkommens.

Wie wird das Haushaltseinkommen ermittelt?

Das Haushaltseinkommen entspricht den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Hier werden nach einem bestimmten Schlüssel die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners (also nicht notwendigerweise Eheleute) zusammengerechnet.

Gibt es Ausnahmen für Arbeitslosengeld-II-Empfänger?

Prinzipiell nein. Denn grundsätzlich kann jeder zu einer Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag wechseln. Krankenkassen, die erstmals einen Zusatzbeitrag erheben oder diesen Zusatzbeitrag erhöhen, müssen ihre Mitglieder rechtzeitig informieren, sodass diese Mitglieder den erhöhten Zusatzbeitrag nicht zu zahlen brauchen, wenn sie vor der Fälligkeit dieses Beitrags kündigen. Lediglich wenn für Bedürftige ein Kassenwechsel zum Beispiel wegen schwerer Erkrankung nicht zumutbar ist, springt der Grundsicherungsträger ein.

Kann man seine Krankenkasse wechseln, wenn sie einen Zusatzbeitrag erhebt?

Ja. Verlangt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag oder muss ihn erhöhen, haben ihre Mitglieder ein sofortiges Sonderkündigungsrecht. Darüber hinaus ist ein Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse nach Erfüllung der Bindungsfrist von 18 Monaten immer möglich.

Muss die Krankenkasse ihre Versicherten darüber informieren, wenn sie einen Zusatzbeitrag erhebt?

Ja, die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten darüber zu informieren, ob sie beabsichtigt, einen Zusatzbeitrag zu erheben oder zu erhöhen oder ob die Prämienrückzahlung gesenkt werden soll. Und sie muss ihre Versicherten dann auch ausdrücklich auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen.

Was bedeutet Sonderkündigungsrecht und ab wann kann man frühestens zu einer anderen Krankenkasse wechseln?

Die Möglichkeit zur Kündigung einer Krankenkasse wegen erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitrags ab dem 1. Januar 2009 oder wegen der Erhebung eines erhöhten Zusatzbeitrags wird so ausgestaltet, dass jemand die Kasse wechseln kann, ohne dass er den (erhöhten) Zusatzbeitrag zahlen muss. Sie können ihre bisherige Krankenkasse rechtzeitig verlassen und sich bei einer anderen Krankenkasse versichern. Bei der normalen Kündigung bleibt die allgemeine Bindungsfrist von 18 Monaten erhalten. Wenn jemand besondere Tarife gewählt hat, ist er bis zu drei Jahre an die Kasse gebunden. Bei besonderen Härten darf man jedoch auch hier früher die Kasse wechseln.

Gilt die Beitragsbemessungsgrenze weiter?

Ja. Die Beitragsbemessungsgrenze gilt unverändert weiterhin. Sie liegt 2007 bei 3562,50 Euro. Bis zu dieser Höhe müssen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Auch der mögliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse ist begrenzt. Er darf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen nicht übersteigen.

Was bedeutet die Konvergenzklausel?

Die sog. Konvergenzklausel sorgt dafür, dass der Übergang zu den neuen finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds für die Versicherten, die Krankenkassen und die Leistungserbringer in den jeweiligen Bundesländern gleitend stattfindet.

Wie viel Steuerzuschuss wird es geben?

Ein Ziel der Reform ist, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Ausbau des Steueranteils nachhaltig zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung auf eine stabilere und gerechte Basis zu stellen. Die Bundesregierung hat dazu beschlossen, den Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen zu erhöhen. Im Jahr 2007 und 2008 fließen jeweils 2,5 Milliarden Euro in die gesetzliche Krankenversicherung. Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro. Mit Einführung des Gesundheitsfonds fließen die Steuermittel in den Fonds.

Risikostrukturausgleich

Was ändert sich beim neuen Risikostrukturausgleich (RSA)?

Über den RSA werden die finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede in der Risikostruktur ihrer Versicherten ausgeglichen. Diese bisher berücksichtigten Unterschiede sind insbesondere das Geschlecht und Alter der Versicherten, der Bezug einer Erwerbsminderungsrente, die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne) sowie die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

Darüber hinaus werden auf der Grundlage des RSA-Reformgesetzes von 2001 Krankenkassen über den RSA gefördert, die ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) für ausgewählte chronische Krankheiten anbieten.

Dennoch werden der Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf der Versicherten über die bisher im RSA berücksichtigten Merkmale nur unzureichend erfasst. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird deshalb das bisherige Verfahren des RSA ab dem 1. Januar 2009 zielgerichteter ausgestaltet und darüber hinaus durch die gleichzeitige Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht. Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse dann für jeden von ihnen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs.

Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird hierüber gezielt ausgeglichen. Dazu werden für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

Was ändert sich sonst noch?

Können Patienten vom Arzt eine Rechnung zur Überprüfung verlangen?

Bereits mit dem GMG wurden die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt. Jeder kann vom Arzt eine Patientenquittung verlangen. Dort steht im Einzelnen welche Leistungen der Arzt der Krankenkasse in Rechnung stellt.

Was wird getan, um Kartenmissbrauch vorzubeugen?

Die Krankenkassen werden in die Pflicht genommen, geeignete Maßnahmen gegen Missbrauch der Krankenversicherungskarten zu ergreifen.

Durch unkontrollierte, mehrfache Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ("Doktor-Hopping") oder die Nutzung der Karte durch mehrere Personen entsteht den Kassen jedes Jahr beträchtlicher Schaden. Deswegen werden die Krankenkassen verpflichtet, verstärkt dagegen vorzugehen. So sollen die Kassen zum Beispiel tagesaktuell den Verlust von Karten, Änderungen beim Zuzahlungsstatus oder die Beendigung des Versicherungsschutzes an einen Versichertenstammdatendienst übermitteln, so dass die Aktualität der Karte bei der Inanspruchnahme von Leistungen überprüft werden kann.

Sanierungsbeitrag: Welchen Beitrag leisten die Krankenhäuser zur Reform?

Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV, der in der Vergangenheit überproportionale Ausgabenzuwächse aufwies, angemessen an der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen, werden sie zu einem so genannten Sanierungsbeitrag herangezogen. Der Sanierungsbeitrag ergibt sich aus folgenden gesetzlichen Maßnahmen:

- Kürzung der Krankenhausrechnung ab dem 1. Januar 2007 in Höhe von 0,5 Prozentpunkten für voll- und teilstationäre Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten. Dieser Abschlag ist zeitlich begrenzt. Er gilt bis zum Inkrafttreten neuer gesetzlicher Finanzierungsregelungen für Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008. Für Leistungen von psychiatrischen Einrichtungen gilt wegen des hohen Personalkostenanteils kein Rechnungsabschlag.

- Die so genannte Mindererlösquote wird abgesenkt. Krankenhäuser, die weniger Leistungen erbringen als mit dem Budget vereinbart, erhalten für die Finanzierung der Vorhaltekosten bisher einen Anteil von 40 % der nicht erzielten Erlöse von den Krankenkassen. Im Rahmen des Sanierungsbeitrags wird dieser Anteil ab dem 1. Januar 2007 auf 20 % abgesenkt.
- Für die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung haben die Krankenkassen u. a. bei Krankenhäusern Mittel einzubehalten. Für nicht verwendete Beträge aus dieser Anschubfinanzierung besteht eine Rückzahlungspflicht der Krankenkassen. Die Rückzahlungspflicht wird für die Vergangenheit gestrichen. Nicht verwendete Mittel für die Jahre 2004 bis 2006 verbleiben bei den Krankenkassen.

Was ändert sich an der Beitragbemessung für Selbständige?

Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen derzeit mindestens ein Betrag von 1.837,50 Euro monatlich. Dieser Mindestbeitrag für Selbständige war in der Vergangenheit ein häufiger Kritikpunkt, weil die Einnahmen und Ausgaben der Versicherten für ihre Krankenversicherung bislang nicht immer in einem angemessenen Verhältnis zueinander standen, und die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit oftmals durch eine zu hohe Beitragsbelastung konterkariert wurde.

Durch eine Neuregelung wird deshalb sichergestellt dass freiwillig versicherte Selbständige, die nachweislich weniger als bisher in § 240 SGB V unterstellt verdienen, künftig nur noch den geringeren Mindestbeitrag ausgehend von beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 1225,- Euro zu zahlen haben. Es erfolgt hier insoweit eine Gleichstellung mit Empfängern des Existenzgründerzuschusses, für die diese beitragsrechtliche Vergünstigung bereits durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsplatz eingeführt wurde.

Das Einkommen von mit dem Selbständigen zusammenlebenden Personen (Bedarfsgemeinschaft) ist allerdings zu berücksichtigen, um sachlich ungerechtfertigte Privilegierung zu vermeiden.

III. Neuregelungen in der privaten Krankenversicherung

Versicherungsmöglichkeiten

Wann kann man als GKV-Versicherter in eine private Krankenversicherung (PKV) wechseln?

Arbeitnehmer, die in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert sind, können in die private Krankenversicherung wechseln, vorausgesetzt ihr Einkommen lag in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2007: 47.700 Euro). Außerdem können auch diejenigen, die aufgrund ihres beruflichen Status freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (Beamte, Selbständige, Soldaten), in die PKV wechseln.

Kann die private Krankenversicherung bisher Nichtversicherte mit Vorerkrankungen ablehnen?

Das kann die private Krankenversicherung nur in ihren bisherigen Tarifen weiterhin tun. Den neuen Basistarif muss sie hingegen ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse anbieten, und sie muss jeden, der das Recht auf Versicherung im Basistarif hat, auch aufnehmen.

Was ändert sich beim Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum anderen?

Der Wechsel innerhalb der PKV wird bei ab 1. Januar 2009 geschlossenen Verträgen erleichtert.

Bisher konnte bei einem Wechsel die so genannte Alterungsrückstellung – das ist der Betrag, den die Versicherten zur Glättung des (sonst höheren) Beitrags im Alter aus ihren Prämien ansparen – nicht zum neuen Versicherungsunternehmen mitgenommen werden. Wechsler mussten also ihre Alterungsrückstellung wieder völlig neu aufbauen, was ihre Beiträge für die neue Versicherung erheblich verteuert hat. Faktisch war der Wechsel damit für langjährig PKV-Versicherte unmöglich. Verschärfend kommt dazu, dass das gewählte Unternehmen bislang den Versicherten ablehnen, Leistungsbereiche ausschließen oder Risikozuschläge wegen Vorerkrankungen verlangen kann.

Künftig kann ein Versicherter seine Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs beim Wechsel in ein anderes privates Unternehmen mitnehmen. Das Unternehmen muss den Wechselwilligen im Umfang des Basistarifs aufnehmen und darf keine Risikozuschläge erheben. Er wird dann im neuen Unternehmen so gestellt, als ob er dort in dem Alter eingetreten wäre, in dem er den ursprünglichen Versicherungsvertrag im alten Unternehmen abgeschlossen hat. Der Versicherte muss nicht in den Basistarif, er kann auch in andere angebotene Tarife wechseln; auch hierfür erhält er die Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs mit übertragen. In diesen Tarifen muss ihn das Versicherungsunternehmen aber nicht aufnehmen bzw. es kann dort wie bisher Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen. Der Wechsel in eine andere Versicherung wird durch diese Maßnahme künftig einfacher für die Versicherten möglich und vor allem finanziell günstiger.

Kann man seine Alterungsrückstellungen aus der PKV auch in die GKV mitnehmen?

Nein, eine Mitnahme wird nicht möglich sein. Auch bleibt es dabei, dass aus der PKV nur unter bestimmten Voraussetzungen in die GKV gewechselt werden kann.

Tarife: Basistarif und Standardtarif

Was bedeutet der neue Basistarif in der privaten Krankenversicherung?

Der Basistarif ist ein neuer Tarif, den ab 1.1.2009 alle privaten Krankenversicherungen anbieten müssen. Er wird allen, auch Menschen mit Vorerkrankungen, die zum Beispiel aus Gründen ihres beruflichen Status der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, einen Zugang zur privaten Krankenversicherung zu bezahlbaren Konditionen ermöglichen.

Wer kann in den Basistarif der PKV wechseln?

Nach Einführung des Basistarifs bei den privaten Krankenversicherern ab 1.1.2009 haben Zugang zum neuen Tarif:

- Nichtversicherte, die ehemals privat versichert waren oder typischerweise gewesen wären, etwa weil sie selbständig tätig sind oder waren.
- Freiwillig gesetzlich Versicherte innerhalb von sechs Monaten, die mindestens drei Jahre über der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdient haben.
- Für einen Zeitraum von sechs Monaten ab Einführung des Basistarifs am 1. Januar 2009 erhalten alle privat Krankenversicherten das Recht, in den Basistarif eines Unternehmens ihrer Wahl zu wechseln. Damit diese Wechsellmöglichkeit auch tatsächlich ausgeübt werden kann, können diese Versicherten ihre Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs in die neue Versicherung mitnehmen. Damit werden sie in der neuen Versicherung so gestellt, als ob sie sich dort zu ihrem ursprünglichen Eintrittsalter versichert hätten.

Nach Ablauf der sechs Monate erhalten privat Krankenversicherte, deren Verträge bis zum 31. Dezember 2008 geschlossen wurden, die Möglichkeit, ab dem 55. Lebensjahr oder bei vorzeitigem Renten- bzw. Beihilfebezug (zum Beispiel aufgrund von Erwerbsunfähigkeit) in den Basistarif ihres PKV-Unternehmens unter Mitnahme der vollen Alterungsrückstellungen zu wechseln.

- Außerdem können privat Krankenversicherte, die in finanzielle Not geraten (Hilfebedürftigkeit im Sinne des Grundsicherungsrechts), jederzeit in den Basistarif ihres PKV-Unternehmens unter Mitnahme der vollen Alterungsrückstellungen wechseln.

Welchen Leistungsumfang hat der Basistarif in der PKV?

Die Leistungen des Basistarifs werden in Art, Umfang und Höhe dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein.

Gibt es im Basistarif Risikozuschläge?

Nein. Im Basistarif gibt es keine Risikozuschläge. Die privaten Krankenkassen müssen im Basistarif jeden Versicherten zu einem Tarif versichern, der nur von Alter und Geschlecht abhängig sein darf, aber nicht vom Gesundheitszustand. Allerdings werden die Versicherungsunternehmen eine Prüfung des Gesundheitsstatus vornehmen, um die Mehraufwendungen zu ermitteln, die im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen der dort Versicherten entstehen. Diese Mehraufwendungen werden vom Versicherungskollektiv des Basistarifs gemeinsam getragen.

Gilt für Beihilfeberechtigte auch der Basistarif?

Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfekonformer Basistarif angeboten. In diesen können Beihilfeberechtigte wechseln, sie sind dazu jedoch selbstverständlich nicht verpflichtet. Das heißt, sie können ebenso in ihren bisherigen PKV-Tarifen bleiben.

Was muss ich im Basistarif bezahlen?

Die Prämie im Basistarif wird je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich hoch sein. Allerdings werden keine individuellen Risikozuschläge erhoben.

Der Beitrag für den Basistarif darf für Einzelpersonen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro.

Kann jemand den Beitrag nicht bezahlen, weil er finanziell hilfebedürftig ist, wird die Prämie halbiert. Ist auch das für den Einzelnen zu viel, kann er Zuschüsse vom Grundsicherungsträger bekommen.

Gibt es eine Härteklausele beim Basistarif, wenn der Versicherte die Prämien nicht bezahlen kann?

Ja: Wenn die Höhe der Prämie dazu führt, dass Bedürftigkeit entsteht, das verfügbare Einkommen also nicht reicht, um die Prämie zu bezahlen. In diesen Fällen wird die Prämie halbiert. Würde auch die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Wie ist Hilfebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert?

Hilfebedürftigkeit orientiert sich an den entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuches II (Arbeitslosengeld II) und des Sozialgesetzbuches XII (Sozialhilfe).

Gibt es im Basistarif eine Mitversicherung für Ehepartner und Kinder?

Nein. Eine beitragsfreie Mitversicherung für Ehepartner und Kinder wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es im Basistarif nicht. Für Ehepartner und Kinder müssen eigene Versicherungen abgeschlossen werden.

Welche Fristen gelten bei einem Wechsel in den Basistarif?

Die Verpflichtung (Kontrahierungszwang) der privaten Krankenversicherung, freiwillig Versicherte der GKV in den Basistarif aufzunehmen, gilt:

- für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs,
- bzw. für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit (für Arbeitnehmer bedeutet das: das Einkommen lag drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze).

Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die ehemals privat versichert waren oder der PKV aufgrund ihres beruflichen Status zuzuordnen sind, müssen bei der Wahl des Basistarifs keine Frist beachten.

Was kann ein Bestandsversicherter tun, wenn er die Wechselfrist von sechs Monaten bis zum 30. Juni 2009 versäumt?

Ein Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen ist für solche Versicherte dann nicht mehr möglich. Sie können aber unter bestimmten Bedingungen in den Basistarif ihres Unternehmens unter voller Mitnahme der Alterungsrückstellungen wechseln – nämlich dann, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet oder Anspruch auf eine gesetzliche Rente bzw. Beihilfe haben oder finanziell hilfebedürftig sind.

Und was gilt, wenn ich den Vertrag zur Privaten Krankenversicherung erst ab Januar 2009 abschlieÙe?

Dann sieht der Vertrag im Falle der Kündigung und des Wechsels zu einem anderen Versicherungsunternehmen automatisch die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs vor. Im Falle des Wechsels zu einer anderen Versicherung gehen dann bei ab 1.1.2009 geschlossenen Krankenversicherungsverträgen also die Alterungsrückstellungen nicht mehr verloren, sondern werden ins neue Unternehmen übertragen, was den Wechsel im Vergleich zu heute deutlich einfacher und finanziell günstiger macht.

Was bedeutet der heutige Standardtarif in der PKV?

Der heutige Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ärzte sind allerdings bislang nicht verpflichtet, Patienten zu den hier erstatteten Sätzen zu behandeln.

Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen.

Deshalb ist der heutige Standardtarif auch nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen geöffnet. Außerdem darf der Standardtarif nicht mit Zusatzversicherungen kombiniert werden.

Auch im heutigen Standardtarif wird die medizinische Versorgung ab 1. Juli 2007 über die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt (wie im Basistarif ab 2009).

Können Nichtversicherte, die früher privat versichert waren, schon 2007 zurück in die Private Krankenversicherung?

Menschen ohne Versicherungsschutz, die ehemals privat versichert waren, oder typischerweise gewesen wären, etwa weil sie selbständig tätig sind oder waren, können sich ab dem 1.7.2007 im bisherigen Standardtarif der privaten Krankenversicherung versichern. Es gibt für diese Personen keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse. Die Versicherungen müssen entsprechende Verträge abschließen (Kontrahierungszwang). Auch im bisherigen Standardtarif wird die medizinische Versorgung ab 1.7.2007 über die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt (wie im Basistarif ab 2009). Für vormals Nichtversicherte, die finanziell hilfebedürftig sind, wird die Bezahlbarkeit im Standardtarif analog zum Basistarif geregelt ("Stufenregelung" im Basistarif).

Zum 1.1.2009 werden entsprechende Standardtarif-Verträge automatisch in Verträge zum Basistarif überführt.

Worin besteht der Unterschied zwischen dem heutigen Standardtarif und dem Basistarif?

Die Zugangsbeschränkungen für den heutigen Standardtarif sind sehr restriktiv. In den heutigen Standardtarif können nur Personen ab 65 Jahren wechseln. Oder Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und

- mit ihrem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegen,
- eine über 10 jährige Vorversicherungszeit aufweisen.

Darüber hinaus können im heutigen Standardtarif Risikozuschläge erhoben werden. Schließlich fehlte im Standardtarif eine Sicherstellung der Behandlung. Ab dem 1.7.2007 wird die (zahn)ärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten über die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Ersetzt der Basistarif den Standardtarif in der privaten Krankenversicherung?

Ja, ab dem 1.1.2009. Aus Gründen des Vertrauensschutzes gelten bestehende Verträge des bisherigen Standardtarifs fort. Die Versicherten erhalten jedoch die Möglichkeit, in den neuen Basistarif zu wechseln. Als Zwischenschritt wird der alte Standardtarif vom 1.7.2007 bis zum 31.12.2008 um die Elemente "bezahlbarer Tarif" und "Aufnahmepflicht für die Versicherung" erweitert. Die bisher Nichtversicherten werden zum 1.1.2009 automatisch in den neuen Basistarif überführt.