



Info

Gesundheitsreform 2007

Neuregelungen für die PKV

Stand: August 2007

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de

Gesundheitsreform 2007

Neuregelungen für die PKV

Inhalt

Vorwort.....	2
1. Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer	3
2. Aufnahme von Nichtversicherten in den Standardtarif ..	5
3. Basistarif.....	9
4. Pflicht zur Versicherung.....	14
5. Portabilität von Alterungsrückstellungen	17
6. Sonstiges	18
Zeittafel.....	20
Abkürzungsverzeichnis	21

Vorwort

Das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG), auf das sich die Große Koalition nach über einjährigen Verhandlungen verständigt hat, ist am 1. April 2007 in Kraft getreten. Die darin enthaltenen Bestimmungen sind zum Teil schon umgesetzt, viele entfalten ihre volle Wirkung aber auch erst ab dem Jahr 2009. Die für die PKV und ihre Versicherten relevanten Änderungen werden in dieser Broschüre in der Reihenfolge ihres Inkrafttretens erläutert. Die wichtigsten Stichtage sind am Ende nochmals tabellarisch aufgeführt.

Da viele Neuregelungen die heute privat Versicherten erheblich belasten und in die Freiheitsrechte der Unternehmen eingreifen, haben namhafte Staatsrechtler massive Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit des GKV-WSG. Die privaten Krankenversicherer werden deshalb Verfassungsbeschwerde gegen das Gesetz einlegen. Ungeachtet dessen arbeitet die PKV intensiv an der Umsetzung der ihr auferlegten Maßnahmen.

1. Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer

Bisher schied ein Arbeitnehmer aus der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Beginn des Folgejahrs aus, sofern sein Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auch Versicherungspflichtgrenze (2006: 47.250 Euro) überschritt und zu erwarten war, dass er auch im Folgejahr ein Gehalt oberhalb der dann maßgeblichen Jahresarbeitsentgeltgrenze (2007: 47.700 Euro) bezieht.

Versicherungspflichtgrenze

Diese Regelung wurde erheblich verschärft. Seit dem 2. Februar 2007 sind Arbeitnehmer erst dann versicherungsfrei, wenn ihr Gehalt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt und in drei aufeinander folgenden Jahren überstiegen hat (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Liegen diese Voraussetzungen vor, scheidet ein Arbeitnehmer – wie auch bereits bisher – mit Beginn des nächsten Jahres aus der Versicherungspflicht aus.

Drei-Jahres-Frist

Beispiel: Ein Arbeitnehmer bezieht von Januar bis Juni 2007 ein Gehalt in Höhe von 3.000 Euro im Monat. Ab Juli 2007 erhöht sich sein Gehalt auf 5.000 Euro und bleibt in der Folgezeit unverändert. Im Jahr 2007 hat er also Einkünfte von 48.000 Euro und in den Jahren 2008 und 2009 jeweils Einkünfte von 60.000 Euro. Da er somit in den Jahren 2007 bis 2009 ein Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen hat und auch 2010 beziehen wird, ist er ab dem 1. Januar 2010 versicherungsfrei.

Die Voraussetzung, in drei aufeinander folgenden Jahren ein Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zu beziehen, wird durch das Gesetz nicht näher konkretisiert. Insbesondere ist dem Wortlaut des Gesetzes nicht zu entnehmen, dass die drei Jahre unmittelbar vor dem Austritt aus der Versicherungspflicht liegen müssen.

Beispiel: Ein Arbeitnehmer bezieht von 2000 bis 2004 ein Gehalt oberhalb der jeweils gültigen Versicherungspflichtgrenze. 2005 bis Mitte 2007 liegt sein Gehalt unterhalb der Grenze und er ist gesetzlich pflichtversichert. Ab Juli 2007 liegt sein Gehalt erneut oberhalb der Grenze. Nach dem Wortlaut des Gesetzes spricht nichts dagegen, dass der Angestellte am 1. Januar 2008 versicherungsfrei wird, da er in der Vergangenheit bereits drei Jahre lang ein Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen hat.

Berufsanfänger

Ebenfalls geändert haben sich die Regelungen für Berufsanfänger. Diese waren bisher bei Bezug eines Gehalts oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von Anfang an versicherungsfrei. Auch für sie gilt nunmehr, dass sie die Drei-Jahres-Frist abwarten müssen. Gleiches gilt für Beamte und Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln. Bei Beamten werden jedoch Zeiten von Bezügen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze im Rahmen der Drei-Jahres-Frist angerechnet.

Beamte und Selbstständige

Beispiel: Ein Beamter bezog in den letzten drei Jahren Bezüge oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Zum 31. Juli 2007 scheidet er aus dem Beamtenverhältnis aus und nimmt zum 1. August 2007 eine Tätigkeit als Angestellter mit einem Gehalt auf, das ebenfalls oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Er bleibt versicherungsfrei.

Vertrauensschutzregelung

Das Erfordernis, drei Jahre lang ein Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen zu haben, gilt aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht für Personen, die am 2. Februar 2007 (Tag der Verabschiedung des GKV-WSG im Bundestag) bereits privat krankenversichert waren (§ 6 Abs. 9 SGB V).

Beispiel: Ein Arbeitnehmer bezieht seit Oktober 2005 einen Lohn oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und ist seit dem 1. Januar 2006 privat krankenversichert. Obgleich er am 2. Februar 2007 die Drei-Jahres-Frist noch nicht zurückgelegt hat, gilt für ihn aus Gründen des Vertrauensschutzes, dass er weiterhin versicherungsfrei bleibt.

Gesetzlich Versicherte, die ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bis zum 1. Februar 2007 gekündigt hatten, um Versicherungsschutz in der PKV zu nehmen, fallen ebenfalls unter die bisherige Regelung.

Beispiel: Ein seit 1. Januar 2006 freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter kündigt Mitte Januar 2007 seine freiwillige Mitgliedschaft zum 31. März 2007, um ab dem 1. April 2007 privaten Versicherungsschutz zu genießen. Auch hier gilt: Obwohl das Gehalt des Arbeitnehmers die Versicherungspflichtgrenze noch nicht drei Jahre lang überstiegen hat, bleibt er versicherungsfrei.

2. Aufnahme von Nichtversicherten in den Standardtarif

Ab dem 1. Juli 2007 können gemäß § 315 SGB V Personen Versicherungsschutz im modifizierten Standardtarif suchen, die

- nicht in der GKV versichert beziehungsweise dort versicherungspflichtig sind,
- nicht über eine private Krankheitskostenvollversicherung verfügen,
- keinen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, nicht beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
- keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben und
- keine Sozialhilfe beziehen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).

Abweichend davon können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die nicht über eine ergänzende Versicherung verfügen oder in der GKV freiwillig versichert sind, die Versicherung im beihilfekonformen Standardtarif verlangen.

Keinen Anspruch auf Versicherung im Standardtarif haben Personen, die Versicherungsnehmer lediglich eines ambulanten oder stationären PKV-Tarifs sind und deren Versicherungsvertrag vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurde. Diese Personen sind keine „Nichtversicherte“ im Sinne des Gesetzes, da ihr Versicherungsschutz der ab dem 1. Januar 2009 geltenden gesetzlichen Pflicht zur Versicherung genügt (siehe Kapitel „Pflicht zur Versicherung“).

Kontrahierungszwang, Risikozuschläge und Vorerkrankungen

Seitens der Versicherungsunternehmen besteht Kontrahierungszwang, das heißt sie dürfen den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im modifizierten Standardtarif nicht ablehnen. Versicherungsberechtigte können den Versicherer frei wählen und sind insbesondere nicht dar-

Versicherungsberechtigter Personenkreis

Beihilfeberechtigte

Teilversicherte

Kontrahierungszwang

auf verwiesen, zu einem Unternehmen zurückzukehren, bei dem gegebenenfalls eine frühere Versicherung bestand.

Bestehen Vorerkrankungen, dürfen gleichwohl Risikozuschläge nicht erhoben werden. Eine Gesundheitsprüfung muss trotzdem durchgeführt werden: Da es den Unternehmen der PKV nicht erlaubt ist, Risikozuschläge zu erheben, reichen die Beiträge eines Versicherten mit Vorerkrankungen kalkulatorisch nicht aus, um dessen Krankheitskostenrisiko zu decken. Weitere Beitragsunterdeckungen können sich durch die Limitierung des Höchstbeitrags im Standardtarif ergeben. Die dadurch fehlenden Beitragsteile werden in einem gesetzlich vorgeschriebenen, finanziellen Ausgleich auf alle Unternehmen der PKV verteilt.

Um dieses Ausgleichssystem durchführen zu können, ist eine Prüfung des Gesundheitszustands erforderlich und gesetzlich ausdrücklich zulässig (§ 315 Abs. 3 SGB V). Ergibt die Gesundheitsprüfung, dass ein erhöhtes Risiko besteht, kalkuliert der Versicherer einen fiktiven Risikozuschlag, der jedoch lediglich zur Durchführung des Ausgleichsystems verwendet wird. In der Prämie für den Standardtarif findet er keinen Niederschlag. Des Weiteren ist der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Eintritts in den modifizierten Standardtarif von Bedeutung, wenn der Versicherte später in einen Tarif wechselt, in welchem Risikozuschläge erhoben werden dürfen.

Hinsichtlich der Wartezeiten sowie solcher Behandlungen, die zu Versicherungsbeginn bereits laufen, hat der Gesetzgeber auf Regelungen verzichtet. Damit ist es prinzipiell zulässig, im modifizierten Standardtarif so zu verfahren, wie in der PKV üblich: Wartezeiten zu vereinbaren und den Versicherungsschutz für laufende Behandlungen auszuklammern.

Ähnliches gilt für die private Pflegepflichtversicherung: Hier sieht das Gesetz zwar eine Versicherungspflicht für die im modifizierten Standardtarif Versicherten vor, nähere Bestimmungen werden jedoch auch dazu nicht getroffen. Damit dürfen - wie ebenfalls in der PKV üblich - Risikozuschläge erhoben werden und der Beitrag muss nicht auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt werden.

*Gesundheits-
prüfung*

Risikoausgleich

*Fiktiver
Risikozuschlag*

*Wartezeiten,
laufende Behand-
lungen*

*Pflegepflicht-
versicherung*

Dessen ungeachtet bieten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung für eine befristete Zeit erleichterte Aufnahmebedingungen an: In der Krankenversicherung werden sie nach Ablauf der üblichen Wartezeit von drei (allgemeine Wartezeit) beziehungsweise acht Monaten (besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) die Kosten auch solcher Behandlungen übernehmen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben. In der Pflegepflichtversicherung erfolgt eine Aufnahme ohne Risikozuschläge und der Beitrag wird auf den Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 60,56 Euro (2007) limitiert. Die gesetzlichen Wartezeiten in der Pflegeversicherung von maximal fünf Jahren (§ 33 Abs. 2 SGB XI) müssen auch von den im modifizierten Standardtarif Versicherten eingehalten werden.

Die erleichterten Bedingungen gelten für jene Nichtversicherte, die sich bis einschließlich 31. Dezember 2007 im modifizierten Standardtarif versichern. Wird ein Antrag erst nach Ablauf dieser Frist gestellt, erfolgt die Versicherung zu den zuvor dargestellten üblichen Bedingungen.

Leistungen

Die Leistungen im modifizierten Standardtarif sind mit dem Leistungsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Sowohl für den modifizierten als nunmehr auch für den regulären Standardtarif gilt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung im Umfang der im Standardtarif versicherten Leistungen sicher zu stellen (§ 75 Abs. 3a SGB V). Dies gilt auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten (§ 72 Abs. 1 SGB V). Weitere Informationen zum Umfang des Versicherungsschutzes enthält die Broschüre „Der Standardtarif“ des PKV-Verbandes, die im Internet unter www.pkv.de heruntergeladen beziehungsweise bestellt werden kann.

Das Gesetz (§ 75 Abs. 3a SGB V) sieht sowohl für den modifizierten als auch für den regulären Standardtarif im Wesentlichen folgende Regelung für die Vergütung ärztlicher Leistungen vor:

- Gebühren für Abschnitt M und Nr. 437 (Laboratoriumsuntersuchungen) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,16-fachen Satz der GOÄ,
- Gebühren für Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen, zum Beispiel Massagen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie) bis zum 1,38-fachen Satz der GOÄ und
- für die übrigen ärztlichen Leistungen den 1,8-fachen Satz.
- Für Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) den 2,0-fachen Satz.

An diese Begrenzungen sind ausschließlich Ärzte mit einer kassen(zahn)ärztlichen Zulassung gebunden. Privatärzte können höhere Gebührensätze abrechnen.

Davon abweichend kann im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern die Vergütung in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt werden (§ 75 Abs. 3b SGB V). Kommt es im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu keiner Einigung, kann eine Schiedsstelle angerufen werden (Einzelheiten in § 75 Abs. 3c SGB V).

Höchstbeitrag

Der Beitrag ist begrenzt auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007: 505,88 Euro) pro versicherter Person. Die kostenlose Mitversicherung von Ehegatten und Kindern ist nicht möglich.

Wenn durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, reduziert sich der zu zahlende Beitrag um die Hälfte auf 252,94 Euro im Jahr 2007 (§ 315 Abs. 2 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG).

Entsteht auch durch die Zahlung des reduzierten Beitrags Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der nach dem Sozialgesetzbuch zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) im erforderlichen Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Beispiel: Ein Versicherter im modifizierten Standardtarif hat den Höchstbeitrag in Höhe von 505,88 Euro zu leisten. Die Zahlung des Höchstbeitrags ruft bei ihm Hilfebedürftigkeit hervor, weshalb der Beitrag auf die Hälfte (252,94 Euro) reduziert wird. Von dem reduzierten Beitrag ist es ihm möglich, 180 Euro selbst zu tragen. Darüber hinaus gehende Zahlungen würden bei ihm jedoch Hilfebedürftigkeit verursachen. Der zuständige Träger zahlt ihm in diesem Fall einen Zuschuss von 72,94 Euro.

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, wird der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags (2007: 252,94 Euro) reduziert. Der Versicherte erhält in diesem Fall vom zuständigen Träger einen Betrag als Zuschuss, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (2007: 110,12 Euro); im Übrigen hat er den Beitrag selbst zu tragen.

Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Die Bescheinigung ist dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzulegen.

Weitere Regelungen

Zusatzversicherungen (zum Beispiel Einbettzimmer und Chefarztbehandlung) dürfen neben dem Standardtarif nicht abgeschlossen werden.

Die im regulären Standardtarif vorgesehene Beitragsbegrenzung für Ehegatten und Lebenspartner gilt im modifizierten Standardtarif nicht.

Die Versicherten des modifizierten Standardtarifs werden mit Wirkung zum 1. Januar 2009 automatisch in den Basistarif überführt.

3. Basistarif

Der Basistarif muss ab dem 1. Januar 2009 von allen Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland angeboten werden, welche die private Krankheitskostenvollversicherung anbieten. Der Basistarif muss sowohl als 100-Prozent-Absicherung als

Zusatzversicherungen

Beitragsbegrenzung für Ehegatten

Überführung in den Basistarif

auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten werden. Zudem muss er als Variante für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres angeboten werden (§ 12 Abs. 1a VAG).

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, nachfolgenden Personen Versicherung im Basistarif zu gewähren:

- Personen, die zum Zeitpunkt der Einführung des Basistarifs am 1. Januar 2009 bereits freiwillig gesetzlich versichert sind, sofern sie dies bis zum 30. Juni 2009 beanspruchen.
- Personen, die erst nach dem 31. Dezember 2008 freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse werden, innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft.
- Allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beanspruchen können, noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).
- Beihilfeberechtigten, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.
- Privat Versicherten mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben.

Privat Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen (siehe Kapitel „Portabilität von Alterungsrückstellungen“) in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln. Will ein Bestandsversicherter in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln, muss er seinen Versicherungsvertrag beim alten Versicherungsunternehmen zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 kündigen und zwar mit Wirkung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Das Versicherungsjahr ist in der Regel mit dem Kalenderjahr identisch.

Nach dem 30. Juni 2009 können Bestandsversicherte nur noch in den Basistarif ihres eigenen Unternehmens wechseln, wenn sie

- das 55. Lebensjahr vollendet haben oder
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abschließen, können unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen jederzeit in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln.

Kontrahierungszwang, Gesundheitsprüfung und Risikozuschläge

Die Versicherungsunternehmen dürfen den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen. Der Antrag darf allerdings dann abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen widerrechtlicher Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 178a Abs. 7 VVG).

Wechselt der Versicherungsnehmer in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens, muss dieses den Antrag bereits dann annehmen, wenn die Kündigung des Versicherungsvertrags beim alten Versicherer erst zum Ende des Versicherungsjahres wirksam wird.

Bestehen Vorerkrankungen, dürfen gleichwohl Risikozuschläge nicht erhoben und Leistungsausschlüsse nicht vereinbart werden. Eine Gesundheitsprüfung muss trotzdem durchgeführt werden: Weil es den Unternehmen der PKV nicht erlaubt ist, Risikozuschläge zu erheben oder Leistungsausschlüsse zu vereinbaren, reichen die Beiträge eines Versicherten mit Vorerkrankungen kalkulatorisch nicht aus, um dessen Krankheitskostenrisiko zu decken. Weitere Beitragsunterdeckungen ergeben sich durch die Limitierung des Höchstbeitrags im Ba-

*Kontrahierungs-
zwang*

*Gesundheits-
prüfung*

sistarif. Die dadurch fehlenden Beitragsteile werden in einem gesetzlich vorgeschriebenen (§ 12g VAG) Risikoausgleich ausgeglichen:

Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der Begrenzung des Beitrags auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV sowie aufgrund der Beitragsreduzierung wegen Hilfebedürftigkeit entstehen, sind auf alle privat Versicherten durch einen Beitragszuschlag gleichmäßig zu verteilen. Um dieses Ausgleichssystem durchführen zu können, ist eine Prüfung des Gesundheitszustands erforderlich und gesetzlich ausdrücklich zulässig (§ 178g Abs. 1 VVG). Ergibt die Gesundheitsprüfung, dass ein erhöhtes Risiko besteht, kalkuliert der Versicherer einen fiktiven Risikozuschlag, der jedoch lediglich zur Durchführung des Ausgleichsystems verwendet wird. Wechselt der Versicherte allerdings später in einen anderen Tarif als den Basistarif, wird der fiktive Risikozuschlag als regulärer Risikozuschlag auf den gesamten Beitrag erhoben.

Leistungen

Der Basistarif bietet Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (§ 12 Abs. 1a VAG). Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. als Beliehener festgelegt, wobei die Fachaufsicht das Bundesministerium der Finanzen ausübt. Ebenso wie im modifizierten Standardtarif gilt auch für den Basistarif, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen verpflichtet sind, die ärztliche Versorgung im Umfang der im Basistarif versicherten Leistungen sicher zu stellen. Dies gilt auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten (§ 72 Abs. 1 SGB V). Die gesetzlichen Regelungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen im Standardtarif (Art. 2 Nr. 8a GKV-WSG zu § 75 SGB V) gelten auch im Basistarif (siehe Kapitel „Aufnahme von Nichtversicherten in den Standardtarif“).

Der Basistarif muss von den Versicherungsunternehmen mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. Der Versicherungsnehmer ist an die Wahl der

Risikoausgleich

*Fiktiver
Risikozuschlag*

Selbstbehaltstufen

Selbstbehaltstufe drei Jahre gebunden. Wünscht er eine Änderung der Selbstbehaltstufe, muss er dies spätestens drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist von drei Jahren verlangen. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt.

Beispiel: Ein zu 50 Prozent Beihilfeberechtigter wird im Basistarif zwischen Selbstbehaltstufen von 150, 300, 450 und 600 Euro wählen können.

Höchstbeitrag

Der Beitrag ist limitiert. Der pro versicherte Person zu zahlende Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird ab 2009 im Wesentlichen anhand des durch die Bundesregierung festgelegten, einheitlichen Beitragsatzes und der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ermittelt.

Im Falle von Hilfebedürftigkeit gelten dieselben Regelungen wie für Nichtversicherte, die ab dem 1. Juli 2007 in den Standardtarif aufgenommen werden (siehe Kapitel „Aufnahme von Nichtversicherten in den Standardtarif“).

Weitere Regelungen

Wartezeiten dürfen vereinbart werden, wobei neben Versicherungszeiten in der GKV auch die zurückgelegte Zeit in einer privaten Krankenvollversicherung auf die Wartezeit angerechnet wird.

Zusatzversicherungen sind im Gegensatz zum modifizierten Standardtarif neben der Versicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann allerdings das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Versicherungsnehmer wegen Hilfebedürftigkeit auf eine Beitragsreduzierung angewiesen ist.

Im Basistarif haften Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen gegenüber den Leistungserbringern (zum Beispiel Ärzten) gesamtschuldnerisch. Der Arzt kann seinen Anspruch direkt gegen den Versicherer geltend machen, jedoch nur insoweit, wie der Versicherer aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherungsnehmer verpflichtet ist.

Beitragsbegrenzung

Hilfebedürftigkeit

Wartezeiten

Zusatzversicherungen

Gesamtschuldnerische Haftung

Beispiel: Der Versicherungsnehmer wählt im Basistarif eine Selbstbehaltstufe von 300 Euro. Er hat im laufenden Jahr noch keine Rechnung bei seiner Versicherung zur Erstattung eingereicht. Er geht zum Arzt, welcher für seine Leistungen insgesamt 451,67 Euro in Rechnung stellt. Der Arzt wendet sich zur Rechnungsbegleichung direkt an den Versicherer. Dieser ist – die Rechtmäßigkeit der Abrechnung vorausgesetzt – lediglich verpflichtet, einen Betrag von 151,67 Euro an den Arzt zu leisten.

Die Vorschrift des § 178e Abs. 1 VVG (Anpassung des Versicherungsschutzes an veränderten Beihilfebemessungssatz) gilt nicht bei Versicherung im Basistarif.

4. Pflicht zur Versicherung

Ab dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Von diesem Zeitpunkt an muss grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland für sich und die von ihr gesetzlich vertretenen Personen eine private Krankenvollversicherung abschließen.

Diese Pflicht besteht nach § 178a Abs. 5 VVG allerdings nicht für Personen, die

- in der GKV versichert oder dort versicherungspflichtig sind,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge, Beihilfe oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung,
- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
- Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel SGB XII sind.

Um der Pflicht zur Versicherung zu genügen, muss der Versicherungsschutz Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Der kalenderjährliche Selbstbehalt darf einen Betrag von 5.000 Euro nicht übersteigen. Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz müssen nicht versichert werden. Für Beihilfeberechtigte reduziert sich der maximale Selbstbehalt entsprechend dem versicherten Prozentsatz.

Beihilfe-
bemessungssatz

Weitgehende
Ausnahmen

Umfang des Versi-
cherungsschutzes

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Vertrag genügt aus Gründen des Bestandsschutzes unabhängig davon, wie der Versicherungsschutz ausgestaltet ist, den Anforderungen der Pflicht zur Versicherung. Das bedeutet, dass die Pflicht zur Versicherung zum Beispiel auch durch eine stationäre Krankheitskostenversicherung erfüllt wird, sofern der Versicherungsvertrag vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurde.

Beispiel: Ein Arzt ist seit 1980 Versicherungsnehmer einer Versicherung, die ausschließlich Erstattung für stationäre Krankheitskosten leistet. Obgleich er gegen ambulante Krankheitskosten nicht versichert ist, ist die Pflicht zur Versicherung erfüllt, da der Vertrag vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurde.

Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten (§ 178a Abs. 6 VVG). Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war.

Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand und begleicht er seinen Rückstand trotz Mahnung des Versicherers nicht, ruhen die Leistungen des Versicherers. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 178a Abs. 8 Satz 6 VVG). Dies entspricht der Regelung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz. Die versicherte Person hat demzufolge (mit Ausnahme von Schwangerschaft und Ge-

Bestandsschutz

*Prämienzuschlag
bei Nichterfüllen
der Pflicht*

Beitragsverzug

*Ruhen der
Leistungen*

burt) nur Anspruch auf die Erstattung von Kosten einer dringend indizierten, also einer medizinisch nicht aufschiebbaren Behandlung oder wenn Schmerzzustände behandelt werden.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts wird. Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger zu bescheinigen.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstands anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung auf den Basistarif umgestellt, wobei die Leistungen auch weiterhin ruhen. Die säumigen Beiträge sind auch nach der Umstellung zu zahlen.

Eine Versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, kann vom Versicherungsnehmer nur gekündigt werden, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person nahtlos Versicherungsschutz bei einem anderem Versicherer genießt (§ 178h Abs. 6 VVG).

Der Versicherer darf eine Versicherung, die eine Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht kündigen (§ 178i Abs. 1 VVG). Die Kündigung durch den Versicherer ist des Weiteren – wie auch bereits bisher – ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Beitragszuschuss besteht, kann der Versicherer in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (§ 178i Abs. 1 VVG).

Säumniszuschlag

*Umstellung auf
Basistarif*

*Kündigung des
Versicherungs-
vertrags*

5. Portabilität von Alterungsrückstellungen

Wechselt der Versicherungsnehmer innerhalb desselben Unternehmens in einen anderen Tarif, ergeben sich keine Änderungen zur bisherigen Rechtslage. Die Alterungsrückstellung aus dem bisherigen Tarif wird voll angerechnet (§ 178f Abs. 1 Nr. 1 VVG). Besonderheiten ergeben sich ausschließlich hinsichtlich des begrenzten Wechselrechts in den Basistarif (siehe Kapitel „Basistarif“).

Wechsel innerhalb des Unternehmens

Im Falle des Wechsels zu einem anderen Versicherungsunternehmen ist zu differenzieren, wann der private Krankenversicherungsschutz begründet wurde:

Wechsel zu einem anderen Unternehmen

Wurde der private Krankenvollversicherungsschutz ab dem 1. Januar 2009 begründet, werden die kalkulierten Alterungsrückstellungen in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer übertragen. Es werden also Alterungsrückstellungen in der Höhe übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre, jedoch nicht mehr, als nach dem alten Tarif zu übertragen gewesen wären. Sah der alte Tarif nämlich insgesamt geringere Leistungen als der Basistarif vor, werden auch entsprechend weniger Alterungsrückstellungen übertragen.

In die Beiträge von Versicherten, deren privater Krankenversicherungsschutz vor dem 1. Januar 2009 begründet wurde, ist die Übertragungsmöglichkeit von Alterungsrückstellungen nicht einkalkuliert. Gleichwohl erhalten sie einmalig die Gelegenheit, unter Übertragung von Alterungsrückstellungen in vorgenannter Höhe in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln, wenn die Kündigung des Versicherungsvertrags zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 erfolgt (siehe Kapitel „Basistarif“). Ist nach dem ersten Wechsel ein weiterer Wechsel angestrebt, können von dem zweiten auf den dritten Versicherer keine Alterungsrückstellungen übertragen werden.

Wechselt der Versicherte unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen das Versicherungsunternehmen, kann der Versicherte bei seinem bisherigen Versicherer eine Zusatzver-

Zusatzversicherung

sicherung nehmen, auf die verbleibende Teile der Alterungsrückstellung, die nicht in den Basistarif übertragen worden sind, angerechnet werden (§ 178f Abs. 1 Satz 2 VVG).

Beispiel: Ein Versicherungsnehmer ist seit 1995 bei der Versicherung 1 versichert. Im Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 kündigt er seinen Versicherungsvertrag zum Ende des Versicherungsjahres und wechselt zur Versicherung 2. Dabei werden Alterungsrückstellungen übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherungsnehmer von Beginn an (1995) im Basistarif versichert gewesen wäre. Die tatsächlich aus seinen Beiträgen aufgebauten Alterungsrückstellungen bei Unternehmen 1 liegen oberhalb der mitgegebenen Alterungsrückstellungen. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall bei Unternehmen 1 eine Zusatzversicherung nehmen, in welcher der Differenzbetrag als Alterungsrückstellung angerechnet wird.

Der Versicherungsnehmer kann auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten (§ 178f Abs. 1 letzter Satz VVG).

6. Sonstiges

Nach § 178f Abs. 3 VVG erhalten Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzuführen.

Die Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse ist ab dem 1. April 2007 nur noch wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall, wie zum Beispiel durch eine private Krankenversicherung, nachweist.

Mit Wirkung zum 1. April 2007 können die gesetzlichen Krankenkassen Wahltarife anbieten. Die Mindestbindungsfrist beträgt drei Jahre. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen besteht Uneinigkeit, ob

Verzicht nicht möglich

Anwartschaftsversicherung

Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft

Wahltarife in der GKV

diese Frist auch zu beachten ist, wenn ein gesetzlich Versicherter in die PKV wechseln möchte.

Beispiel: Ein gesetzlich versicherter Arbeitnehmer bezieht ab 1. Februar 2008 ein Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Er entscheidet sich mit Wirkung zum 1. November 2011 für einen Wahltarif (zum Beispiel Selbstbehalttarif) seiner Krankenkasse. Am 1. Januar 2012 scheidet er (nach Ablauf der Drei-Jahres-Frist zu Beginn des nächsten Jahres) aus der Versicherungspflicht aus und entscheidet sich zunächst, freiwilliges Mitglied in seiner Krankenkasse zu sein. Wenig später will er seine freiwillige Mitgliedschaft zum 30. April 2012 kündigen, um ab dem 1. Mai 2012 privaten Versicherungsschutz zu genießen.

Da die Mindestbindungsfrist nach Auffassung der Krankenkassen noch bis zum 31. Oktober 2014 läuft, müsste der Versicherte bis zu diesem Zeitpunkt noch freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse bleiben. Diese Ansicht verkennt jedoch, dass die Mindestbindungsfrist ausschließlich Vorteils-Hopping innerhalb der GKV verhindern soll, nicht aber den Eintritt eines Versicherungsfreien in die PKV beschränken will. Dies wird nämlich ausschließlich durch die spezielleren Vorschriften in §§ 5 und 6 SGB V geregelt (siehe auch Kapitel „Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer“).

Anders liegt der Fall, wenn der Arbeitnehmer seine freiwillige Mitgliedschaft nicht kündigt, sondern diese von vornherein nicht antritt.

Beispiel: Der vorgenannte Arbeitnehmer teilt seiner Krankenkasse mit, dass er die freiwillige Mitgliedschaft nicht antritt und stattdessen Versicherungsschutz in der PKV suchen wird. Da die Mindestbindungsfrist für den Wahltarif nach dem Wortlaut des Gesetzes (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V) ausdrücklich nur im Falle der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft zu beachten ist, kann sich der Arbeitnehmer ab dem 1. Januar 2012 privat versichern.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben insoweit ebenfalls eine abweichende Auffassung eingenommen: Die Mindestbindungsfrist von drei Jahren sei auch dann zu beachten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft nicht angetreten wird. Dies verstößt jedoch gegen den eindeutigen Wortlaut des Gesetzes. Welche Auffassung die Gerichte hierzu einnehmen werden, bleibt noch abzuwarten.

*Abweichende
Auffassung der
Kassen*

Zeittafel

2. Februar 2007

- Verschärfung der Versicherungspflicht von Arbeitnehmern (Drei-Jahres-Frist).

1. April 2007

- Vor diesem Zeitpunkt abgeschlossene Krankheitskostenversicherungsverträge genügen ungeachtet des Umfangs des Versicherungsschutzes der Pflicht zur Versicherung ab dem 1. Januar 2009.

1. Juli 2007

- Nichtversicherte, die zuletzt in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, erhalten ein Zugangsrecht in den modifizierten Standardtarif.

31. Dezember 2007

- Befristung der erleichterten Aufnahmebedingungen im modifizierten Standardtarif.

1. Januar 2009

- Pflicht zur Versicherung für zuletzt in der PKV Versicherte oder dieser Zuzuordnende.
- Einführung des Basistarifs in der PKV.
- Wechselmöglichkeit für Bestandsversicherte unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen in den Basistarif anderer PKV-Unternehmen (befristet bis zum 30. Juni 2009).
- Für Versicherungsverhältnisse, die ab diesem Zeitpunkt begründet werden, werden übertragbare Alterungsrückstellungen kalkuliert. Die Versicherten können den Versicherer später zu jedem Zeitpunkt unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen wechseln.
- Überführung der Standardtarifversicherten in den Basistarif (verpflichtend für zuvor Nichtversicherte, optional für regulär Versicherte).

Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Im Text angegebene Paragraphen beziehen sich auf die durch das GKV-WSG geänderte beziehungsweise noch zu ändernde Fassung.



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de