

## **Das ändert sich zum 1. Juli 2007: Der modifizierte Standardtarif in der PKV**

Zum 1. Juli 2007 wird als nächste Stufe der Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) der modifizierte Standardtarif in der Privaten Krankenversicherung eingeführt.

Das Recht, sich gegen Krankheit zu versichern, gehört zu den Kernelementen der Gesundheitsreform. Der erweiterte Standardtarif ist ein wichtiger Schritt hin zu einem bezahlbaren Krankenversicherungsschutz für alle Bürgerinnen und Bürger auch in der PKV. Damit wird einem wichtigen sozial- und gesellschafts-politischen Anliegen Rechnung getragen.

Der Anspruch, sich im Standardtarif versichern zu können, gilt für folgende Personen:

- für diejenigen, die ihren privaten Krankenversicherungsschutz verloren haben
- und für diejenigen, die nie versichert waren und die zum Beispiel wegen ihrer beruflichen Biografie der PKV zuzuordnen sind - so insbesondere Selbständige.

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, speziell für diese Personengruppen ab 1. Juli 2007 einen neuen Standardtarif anzubieten - den so genannten modifizierten Standardtarif.

Für den modifizierten Standardtarif gilt im Einzelnen:

- Der Leistungsumfang ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.
- Die PKV-Unternehmen können im modifizierten Standardtarif niemanden, der zur Aufnahme berechtigt ist, ablehnen.
- Es dürfen keine Risikoausschlüsse oder Risikozuschläge bei Vorerkrankungen erhoben werden. Die Höhe des Beitrages ist vom Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig, nicht aber von seinem Gesundheitszustand.
- Für den Zugang zum modifizierten Standardtarif gelten keine Altersbeschränkungen.
- Sowohl für den herkömmlichen als auch für den modifizierten Standardtarif wird die ärztliche und zahnärztliche Behandlung über die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf (zahn-)ärztliche Versorgung haben. Für die Vergütung der (zahn-)ärztlichen Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch

vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden. Versicherte im Standardtarif müssen damit nicht mehr befürchten, dass sie von Ärzten nur behandelt werden, wenn sie selbst erhebliche Zuzahlungen leisten.

Außerdem wird gewährleistet, dass Menschen mit niedrigem Einkommen auch im modifizierten Standardtarif nicht durch Prämienzahlungen überlastet werden: Der monatliche Beitrag für Einzelpersonen darf den durchschnittlichen Höchstbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht überschreiten. Das sind derzeit rund 500 Euro. Der Beitrag kann aber, abhängig vom Eintrittsalter, auch deutlich niedriger ausfallen. Für Versicherte mit geringem Einkommen gilt zudem: Besteht finanzielle Hilfebedürftigkeit (nach den Regelungen des Sozialgesetzbuches II bzw. XII) oder entsteht diese durch Zahlung des Beitrages, muss das Versicherungsunternehmen den Beitrag halbieren. Und wer auch den ermäßigten Beitrag nicht zahlen kann, erhält einen Zuschuss vom Jobcenter oder Sozialamt.

Zum 1. Januar 2009 wird der modifizierte Standardtarif durch den Basistarif abgelöst; die Versicherungsverträge werden entsprechend umgestellt. Dann gilt zudem auch für die PKV eine allgemeine Pflicht zur Versicherung des Krankheitsrisikos in einem bestimmten Mindestumfang.