



verbraucherzentrale

Gesundheits- reform 2007

Was bringt sie Neues?

Inhalt

Sie sind nicht krankenversichert?	2
Sie sind gesetzlich krankenversichert?	4
Sie sind privat versichert?	14

Das neue Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens tritt am 1. April 2007 in Kraft. Es betrifft nicht nur die 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland, sondern wird auch Folgen für Angehörige der privaten Krankenversicherung haben. In dieser Broschüre wollen wir Sie über die wichtigsten Änderungen informieren. Dabei konzentrieren wir uns auf die Regelungen, die Sie als Versicherter oder als Patient unmittelbar spüren. Einiges davon tritt am 1. April 2007 in Kraft; manches kann aber erst im Verlauf des Jahres 2007 oder 2008 umgesetzt werden. Andere Regelungen, insbesondere bei der Finanzierung, gelten erst ab 2009.



Sie sind nicht krankenversichert?

Diese Frage werden hoffentlich nur wenige mit Ja beantworten. Die aber hatten bisher ein großes Problem: Wer aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung herausgefallen war, warum auch immer, musste seine Krankheitskosten selbst bezahlen. Erst wenn das eigene Vermögen aufgebraucht war, übernahm das Sozialamt die Kosten für Krankenbehandlung.

Die Gesundheitsreform schafft nun erstmals eine **Krankenversicherungspflicht für alle**, das heißt alle Menschen in Deutschland müssen in Zukunft krankenversichert sein.

Damit hat auch jeder nicht Versicherte das Recht, in sein Versicherungssystem zurückzukehren. Für vormals gesetzlich oder privat Versicherte ergeben sich so unterschiedliche Regelungen:



Sie waren früher gesetzlich versichert, also Mitglied einer Krankenkasse oder über Angehörige mitversichert, sind aber aus dem „GKV-System“, also dem System der gesetzlichen Krankenversicherung, herausgefallen.

Schon ab 1. April 2007 werden Sie unter bestimmten Bedingungen wieder versicherungspflichtig. Lassen Sie prüfen, ob die komplizierten Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Sie zutreffen. Jede Krankenkasse muss Sie dazu beraten. Allerdings müssen Sie sich selbst darum kümmern – die Kassen wissen ja nicht, wer ohne Versicherung ist.



Sie waren früher privat krankenversichert, sind aber herausgefallen und nicht mehr versichert. Oder Sie waren nie krankenversichert, würden aber zum „PKV-System“, also nur in eine private Krankenversicherung gehören, zum Beispiel als Selbstständiger.

Dann können Sie ab 1. Juli 2007 dort wieder aufgenommen werden, und zwar in den so genannten **Standardtarif** – ohne Gesundheitsprüfung und ohne Risikozuschläge. Alter und Geschlecht werden bei der Bemessung der Beiträge jedoch weiter berücksichtigt. Allerdings sind die Leistungen dieses Tarifs nicht höher als die der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie können auch darunter liegen. Der Standardtarif war bisher nur von einem sehr eingeschränkten Personenkreis wählbar, abhängig vom Alter und der Dauer des Versicherungsverhältnisses, der so genannten Vorversicherungszeit.

Ab 1. Januar 2009 können Sie in den **Basistarif** wechseln, der den Standardtarif ablösen wird. Zu diesem Zeitpunkt tritt dann die allgemeine Krankenversicherungspflicht in Kraft, das heißt: Niemand soll mehr unversichert sein.



Sie sind gesetzlich krankenversichert?

Fast 90 Prozent der Deutschen sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung. Sie zahlen als Beitrag an die Krankenkasse auch weiterhin einen prozentualen Anteil ihres Lohns, wenn sie abhängig beschäftigt sind. Als freiwillig Versicherter zahlen Sie den Höchstbeitrag bis zur Bemessungsgrenze (derzeit: 3.562,50 brutto Euro pro Monat) oder, insbesondere als Kleinselbständiger, den so genannten Mindestbeitrag. Wer mehr verdient, zahlt für das darüber liegende Gehalt keinen Krankenkassenbeitrag mehr.

Beitragssätze steigen

Schon bevor das Reformgesetz in Kraft trat, haben viele Krankenkassen ihre Beiträge erhöht, im Schnitt um 0,6 Prozentpunkte, zum Teil aber auch deutlich mehr. Einige Kassen werden nicht um weitere Erhöhungen herumkommen, da alle Kassen bis Ende 2008 ihre Schulden abgebaut haben müssen. Im Jahr 2009 soll dann für alle Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt werden, den die Bundesregierung festlegt.

Nach wie vor können Sie Ihre Mitgliedschaft kündigen, wenn Ihre Kasse den Beitragssatz erhöht – auch wenn Sie noch nicht 18 Monate Mitglied sind. Das so genannte Sonderkündigungsrecht gilt bis zum Ende des auf die Erhöhung folgenden Kalendermonats. Ausnahmen gelten allerdings für Versicherte, die einen der Wahltarife gewählt haben (siehe Seite 6); sie binden sich sogar für drei Jahre an ihre Krankenkasse.

Sie sind freiwillig versichert und zahlen den so genannten Mindestbeitrag.

Bislang wurde für die Beitragsberechnung des Mindesteinkommens ein Bruttoverdienst von monatlich 1.837,50 Euro zugrunde gelegt. Jetzt können die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln, dass auch geringere Monateinkommen bis zu 1.225 Euro anerkannt werden. Damit kann der Mindestbeitrag sinken. Allerdings wird dann neben Ihrem eigenen Einkommen auch Ihr Vermögen berücksichtigt sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit Ihnen zusammenleben, zum Beispiel Ehe- oder Lebenspartner.

Kostenerstattung

Mit der Gesundheitsreform wird die Wahl der so genannten **Kostenerstattung** erleichtert. Dabei bekommen die Versicherten vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus die Rechnung und reichen sie anschließend bei ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung ein. Das galt bisher entweder für alle ambulanten oder alle stationären Leistungen. Sie können jetzt differenzieren und die Erstattung nur auf ärztliche oder zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen oder Arzneimittel begrenzen. Allerdings sind Sie an diese Entscheidung ein Jahr lang gebunden.


Ärzte werben häufig für diese Form der Erstattung, denn sie können für diese Leistungen wie bei Privatpatienten höhere Gebührensätze verlangen. Allerdings erstattet die Krankenkasse nur einen Teil dieser Kosten. Es sei denn, Sie schließen mit der Krankenkasse vorher einen speziellen Wahltarif für Kostenerstattung (siehe Seite 7) ab, der aber mit einem erhöhten Beitrag verbunden ist. So oder so wird Kostenerstattung für die Versicherten unter dem Strich teurer als die übliche Abrechnung zwischen Ärzten und Krankenkassen. Außerdem werden Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben, oftmals Leistungen angeboten, die nicht unbedingt notwendig oder nicht wirtschaftlich sind. Die Kontrolle, die sonst Ihre Krankenkasse übernimmt, fällt hier weg.

Neue Wahltarife – was ist davon zu halten?

Die Krankenkassen können Ihnen künftig eine Vielzahl neuer Wahltarife anbieten. Das bedeutet für Sie mehr Auswahlmöglichkeit, aber auch mehr Unsicherheit darüber, den richtigen Tarif Ihrer Krankenkasse oder die Krankenkasse mit dem für Sie passenden Angebot zu wählen. Hier können nur die gesetzlichen Grundlagen für die jeweiligen Tarife dargestellt werden.

Ein generelles Problem bei den meisten Wahlтарifen ist, dass Sie eine **doppelt so lange** Bindung an Ihre Krankenkasse akzeptieren müssen: Sie sind nicht nur 18 Monate gebunden, sondern drei Jahre. In dieser Zeit haben Sie **kein Sonderkündigungsrecht**, selbst wenn Ihre Krankenkasse den Beitrag erhöht. Der finanzielle Vorteil eines günstigen Tarifangebotes kann dann durch den erhöhten Beitrag wieder wettgemacht werden.

Vor der Wahl eines Tarifes sollten Sie alle Konsequenzen bedenken, sich gründlich informieren und sich gegebenenfalls unabhängig beraten lassen. Denn die einzelnen Tarifangebote sind differenziert zu beurteilen:

 **Sie möchten Ihre Krankheitskosten bis zu einem bestimmten Betrag selbst übernehmen und dafür einen geringeren Krankenkassenbeitrag bezahlen oder eine Prämie erhalten. Oder Sie bekommen einen Bonus (zum Beispiel einen Monatsbeitrag erstattet), wenn Sie ein Jahr lang nicht zum Arzt gegangen sind.**


Diese beiden Prinzipien – **Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung** – waren bisher nur für freiwillig Versicherte wählbar. Jetzt werden sie für alle Versicherten angeboten. Attraktiv sind diese Tarife nur für Menschen, die davon ausgehen, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten Jahren gesund bleiben werden. Wer häufig oder regelmäßig in Behandlung ist – zum Beispiel chronisch kranke oder alte Menschen – hat davon keinen Vorteil.


Ferner gibt es einen **Wahlтарif zur Kostenerstattung** (siehe oben), bei dem Sie – gegen einen zusätzlichen Beitrag – höhere Behandlungskosten erstattet bekommen. Die Krankenkassen entscheiden in ihren Angeboten, ob dabei wirklich alle Kosten der Privatabrechnung beglichen werden oder nur ein Teil. Von der sonst gebotenen Beratungs- und Informationspflicht über die Risiken der Kostenerstattung sind Krankenkassen in diesem Fall entbunden. Es empfiehlt sich daher, vor Abschluss eines Tarifes unabhängigen Rat einzuholen.




Sie nehmen bereits an einer der „Besonderen Versorgungsformen“ teil, interessieren sich dafür, oder Ihnen wird die Teilnahme von Ihrer Krankenkasse oder Ihren Ärzten empfohlen.

„Besondere Versorgungsformen“ sind:

 **Modellvorhaben** Ihrer Krankenkasse. Damit können die Kassen Versorgungsformen und Leistungen erproben, die sie sonst nicht bezahlen dürfen. Zum Beispiel gab es in der Vergangenheit Modellvorhaben zur Akupunktur, zu besonderen Therapierichtungen oder zu chronischen Krankheitsbildern. Sie werden wissenschaftlich begleitet und nach einigen Jahren ausgewertet.

 **Hausarztmodelle:** Sie wählen einen der qualifizierten Hausärzte, die Ihre Kasse empfiehlt, und gehen ausschließlich mit seiner Überweisung zu Fachärzten. Der Hausarzt ist Ihr „Lotse“, er steuert und begleitet Sie durch das Gesundheitswesen. Unnötige Arztbesuche und Doppeluntersuchungen sollen so vermieden werden – das nützt dem Patienten und der Krankenkasse. Allerdings wird in solchen Tarifen Ihre freie Arztwahl eingeschränkt.

 **Modelle der neuen „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“** – hier werden sich neue Formen der Behandlung durch niedergelassene Ärzte entwickeln, die direkt mit den Krankenkassen Verträge schließen. Auch diese neuen Versorgungsformen können die Behandlung verbessern; Daten zur Qualität liegen aber derzeit nicht vor.

➔ **Strukturierte Behandlungsprogramme** bei chronischen Krankheiten, im Medizindeutsch Disease-Management-Programme (DMP), wie es sie bisher zu Brustkrebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Asthma gibt. Auch sie sollen die Versorgung verbessern, etwa indem sich Therapien an den neuesten Leitlinien der Fachgesellschaften orientieren,

➔ und Modelle der **integrierten Versorgung** – hier arbeiten niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und andere nichtärztliche Heilberufler zusammen, um Ihnen abgestimmte Maßnahmen der Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation zu bieten.

Jede Krankenkasse wird ihre eigenen Modelle entwickeln, mit denen sie Sie als Mitglied oder Kunde umwirbt. Die Versicherten müssen dann zwischen verschiedenen Angeboten ihrer Krankenkasse auswählen oder Krankenkassen nach ihren unterschiedlichen Tarifen vergleichen. Bei den meisten Modellen wird die freie Wahl des Arztes oder sonstigen Leistungserbringers eingeschränkt. Aber die Versorgung soll wesentlich verbessert werden, zum Beispiel für chronisch kranke Patienten. Die Tarife für besondere Versorgungsformen sind übrigens die einzigen Wahltarife, bei denen sich die Bindungsfrist an Ihre Krankenkasse nicht auf drei Jahre erhöht.

? **Sie bevorzugen Arzneimittel der besonderen Therapie-richtungen (pflanzliche Medikamente, Homöopathie, anthroposophische Medizin).**

Seit der letzten Reform 2004 waren die meisten dieser Medikamente nicht mehr im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten, da sie nicht verschreibungspflichtig sind. Nun dürfen die Kassen Wahltarife anbieten, bei denen Arzneimittel der **besonderen Therapierichtungen** gegen einen zusätzlichen Beitrag zur Kassenleistung werden.

? **Sie sind selbstständig und freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse oder in der Künstlersozialkasse versichert.** Für Sie können die Krankenkassen ab 2009 spezielle Kran-

kengeldtarife anbieten, durch die Sie einen Anspruch auf Krankengeld haben wie ein Angestellter, also ab dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung.

Mehr Leistung

? **Sie (oder ein Angehöriger) leiden an einer unheilbaren Krankheit, haben nur noch eine begrenzte Zeit zu leben und brauchen besonders aufwendige medizinisch-pflegerische Hilfe.**

Dann profitieren Sie davon, dass die Gesundheitsreform die spezialisierte ambulante Palliativversorgung stärkt. Ihre Leiden sollen so lange wie möglich in Ihrer gewohnten häuslichen Umgebung gelindert und eine ausreichende Schmerztherapie sichergestellt werden – ohne dass Sie deswegen ins Krankenhaus, in ein Pflegeheim oder Hospiz „umziehen“ müssen.

? **Sie (oder ein Angehöriger) leben im Alter in einer „betreuten Wohnform“, beispielsweise in einer Alten-Wohngemeinschaft oder in einem Heim, oder sind als Mensch mit Behinderung in einem Kindergarten, einer Schule oder einer Werkstatt für behinderte Menschen – und Sie brauchen, um Ihr Leben zu meistern, über längere Zeit häusliche Krankenpflege.**

Häusliche Krankenpflege soll jetzt auch für diese Menschen zur Pflichtleistung der Krankenkassen werden. Näheres muss der Gemeinsame Bundesausschuss (siehe Seite 11) noch beschließen.

? **Sie (oder ein Angehöriger) wollen sich zum Schutz vor Infektionen impfen lassen.**

Die Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfiehlt, werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen, wenn diese vom

Gemeinsamen Bundesausschuss für verordnungsfähig erklärt werden. Bisher bezahlten allerdings die meisten Krankenkassen diese Leistungen, wichen jedoch im Detail häufig voneinander ab. Durch die Neuregelung erhalten Sie bei allen Kassen die gleichen Leistungen.

Sie wollen Ihr Kind in einem „Geburtshaus“ zur Welt bringen.

Geburts Häuser sind Einrichtungen, in denen unter Leitung einer fachqualifizierten Hebamme Kinder außerhalb des Krankenhauses zur Welt kommen können. Bisher wurden nur die Kosten für die Hebammenleistungen übernommen, die Betriebskosten nur von einzelnen Krankenkassen. In Zukunft wird auch die Betriebskostenpauschale für eine Geburt im Geburts Haus von den Krankenkassen übernommen.

Sie sind Mutter oder Vater und möchten zusammen mit Ihren Kindern eine medizinisch erforderliche Kur antreten (Mutter-/Vater-Kind-Kur).

Die „medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter“, wie sie im Gesetz heißt, wird zur Pflichtleistung der Krankenkassen.

Sie möchten selbst eine medizinisch erforderliche Kur antreten.

Die ambulante und stationäre Rehabilitation, die bisher von den Krankenkassen übernommen werden konnte, wird zur Pflichtleistung – allerdings weiterhin nur, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die in den meisten Fällen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft wird.

Bisher musste man sich bei der Wahl einer Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtung nach seiner Krankenkasse richten. Nun können Sie selbst wählen – allerdings muss die Einrichtung von den Spitzenverbänden der Reha-Träger zertifiziert sein, und Sie müssen eventuelle Mehrkosten selbst tragen.



Weniger Leistung

In einigen wenigen Bereichen wurden die Leistungen der Krankenkassen eingeschränkt. Offen ist derzeit, wie der Gemeinsame Bundesausschuss dies in seinen Richtlinien ausgestaltet und wie restriktiv die Krankenkassen mit ihren Spielräumen umgehen, die sie bei der Einschätzung der konkreten Situation sicher noch haben werden.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es festzulegen, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Außerdem definiert er Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Seit 2004 sind Verbraucher- und Patientenorganisationen an den Beratungen beteiligt, allerdings ohne Stimmrecht.

Sie haben sich einer Behandlung unterzogen, die nicht aus medizinischen Gründen notwendig war – beispielsweise einer Schönheitsoperation, einem Piercing oder einer Tätowierung – und Sie leiden unter Komplikationen oder Spätfolgen.

Solche so genannte selbstverschuldete Behandlungsbedürftigkeit ist seit der Gesundheitsreform nicht mehr Sache der Krankenkasse. Sie müssen möglicherweise jetzt auch die finanziellen Folgen selber tragen – oder zumindest einen Teil der Kosten. Auch das Krankengeld kann Ihnen während solcher Behandlungen gestrichen oder gekürzt werden.

? Sie sind wegen einer schweren chronischen Krankheit in Dauerbehandlung und müssen nur bis zu ein Prozent Ihres Einkommens an jährlichen Zuzahlungen leisten. Ihre Belastungsgrenze ist von zwei auf ein Prozent reduziert.

Passen Sie auf! Denn ab jetzt wird von Ihnen „therapiegerechtes Verhalten“ erwartet. Sie müssen zum Beispiel an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronische Krankheiten („Disease-Management-Programme“, DMP) teilnehmen. Sofern es für Ihre Erkrankung kein „Disease-Management-Programme“ gibt, bescheinigt der Arzt das „therapiegerechte Verhalten“ – auch dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie erarbeiten.

Ausgenommen sind Sie von solchen Zwängen nur, wenn Sie dauerhaft pflegebedürftig sind mit Pflegestufe 2 oder 3 sowie als Schwerbehinderte oder Schwerbehinderter mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent. Außerdem müssen Sie ab 2008 regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Diese Regelung wirkt sich auch auf gesunde Versicherte aus. Nur wenn Sie ab jetzt regelmäßig alle von den Krankenkassen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsmaßnahmen wahrnehmen, wird bei einer späteren chronischen Erkrankung Ihre „Belastungsgrenze“ für Zuzahlungen auf ein Prozent abgesenkt. Andernfalls gilt die normale Belastungsgrenze von zwei Prozent Ihres Bruttoeinkommens. Welche Früherkennungsmaßnahmen letztlich „verpflichtend“ empfohlen werden, muss der Gemeinsame Bundesausschuss noch festlegen.

Klar ist aber schon: Wer nach dem 1. April 1972 geboren ist, sollte den jährlichen Gesundheits-Check ab dem 35. Lebensjahr in Anspruch nehmen. Außerdem sollten Frauen, die nach dem 1. April 1987, sowie Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind, die aktuellen Regelungen zur Krebsfrüherkennung beachten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich über die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen zu informieren.

Sie nehmen Medikamente?

Auch hier gibt es mehrere Änderungen, die sich direkt auf die Versorgung beim Arzt und Apotheker auswirken.

? Sie nehmen besonders teure oder risikoreiche Medikamente.

Dann muss sich der behandelnde Arzt künftig mit einem weiteren Experten abstimmen. Diese Pflicht, eine Zweitmeinung einzuholen, gilt jedoch nur für eine begrenzte Zahl von Medikamenten, zum Beispiel biotechnologisch hergestellte Arzneimittel für Krebspatienten. Auch dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben machen.

? Sie finden die Medikamente in Deutschland generell zu teuer.

Krankenkassen können Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen. Dadurch kann sich Ihre Zuzahlung für das Medikament reduzieren oder ganz wegfallen, da die Kasse die Einsparungen an die Patienten weitergeben kann. Fragen Sie Ihre Krankenkasse oder Ihren Apotheker.

? Sie ärgern sich darüber, dass Sie immer große Packungen kaufen müssen, auch wenn Sie beispielsweise nur wenige Tabletten nehmen sollen.

Dem Apotheker wird die Abgabe von einzelnen Tabletten, die so genannte Auseinzelung, erleichtert. Wenn Sie keine vollständige Packung eines Arzneimittels für ihre Therapie benötigen, erhalten Sie künftig die individuell benötigte Menge. Ihre Zuzahlung wird sich dadurch allerdings meist nicht ändern, aber Ihre Krankenkasse spart Geld.



Sie würden gerne in eine private Krankenversicherung wechseln.

Bisher stand die Private Krankenversicherung neben Selbstständigen und Beamten vor allem denen offen, deren Einkommen höher war als die Versicherungspflichtgrenze. Das ist das Einkommen, bis zu dem jeder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein muss. Dieser Betrag liegt derzeit bei 3.975 Euro Monatseinkommen beziehungsweise 47.700 Jahreseinkommen. Hier schafft die Gesundheitsreform eine weitere Einschränkung: Sie müssen jetzt drei Jahre lang mehr verdient haben. Aber Achtung: Auch die Prämien der Privaten dürften bald ansteigen.



Sie sind privat versichert?

Auch für die privaten Krankenversicherungen bringt die Gesundheitsreform einige gravierende Änderungen. Die wichtigste ist, dass auch die Privaten gezwungen werden, Menschen zu versichern, die „zu ihrem System gehören“ (beispielsweise Selbstständige, Beamte oder Angestellte mit einem Verdienst oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze). Eine Versicherungspflicht war bisher nur in der gesetzlichen Krankenversicherung üblich.

Doch was ändert sich für Sie, wenn Sie privat versichert sind? Hier die wichtigsten Änderungen.

Wie werden sich durch die Gesundheitsreform die Prämien entwickeln?

Dass Ihre Versicherungsprämien steigen, während Sie älter werden, dürften Sie schon bemerkt haben. Auch die so genannten Altersrückstellungen, die die Unternehmen seit einigen Jahren bilden müssen, damit der Anstieg nicht so stark ausfällt, haben das nicht wirklich verhindert. Die Stiftung Warentest hat herausgefunden, dass sich die Beiträge für die privaten Krankenversicherungen schon bisher jedes Jahr um etwa sechs Prozent erhöhten und ungefähr alle zwölf Jahre verdoppelten. Durch die Gesundheitsreform werden die Prämien wahrscheinlich einen zusätzlichen Sprung machen. Die Unternehmen werden dies damit begründen, dass die Basistarife nicht kostendeckend sein werden, weil sie den Kosten der Gesetzlichen entsprechen müssen.

Sie möchten Ihre private Krankenversicherung wechseln.

Der Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer ist bisher schwierig, weil Sie die angesparten Altersrückstellungen verlieren. Die können ab 2009 zum Teil in das neue Versicherungsverhältnis mitgenommen werden, allerdings nicht im vollen Umfang. Ein Wechsel wird also auch künftig höchstens für junge Versicherte attraktiv sein. Besser ist ein Wechsel in einen anderen Tarif der eigenen Versicherungsgesellschaft. Sie sollten auf jeden Fall regelmäßig ihren Tarif kritisch prüfen und mit anderen Tarifen Ihrer privaten Krankenversicherung vergleichen.

Sie möchten gern in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, um dem weiteren Anstieg der Versicherungsprämien zu entgehen.

Von der Privaten in die Gesetzliche zu wechseln, wird weiter schwierig bleiben. Stattdessen soll es ab 2009 einen **Basistarif** in der privaten Krankenversicherung geben, der sowohl vom Preis als auch von den Leistungen her weitgehend der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Was Sie noch wissen müssen

Mehr Information bekommen Sie bei allen **Verbraucherzentralen**. Viele bieten auch eine Patientenberatung an. Dort erhalten Sie kompetente persönliche oder telefonische Beratung bei Problemen mit Ärzten oder Krankenkassen.

www.verbraucherzentrale.de

Information und Beratung erhalten Sie ebenfalls bundesweit in 22 Beratungsstellen der **Unabhängigen Patientenberatung Deutschland UPD**: Informationen rund um das Thema Gesundheit und zu speziellen patientenrelevanten Themen, Auskünfte über ergänzende (regionale) Angebote der Gesundheitsversorgung. Die UPD wird getragen vom Sozialverband (Vdk) Deutschland e.V., dem Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. und vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Markgrafenstraße 66 · 10969 Berlin
info@vzbv.de · www.vzbv.de

verbraucherzentrale

www.verbraucherzentrale.de