Alternativen in jeder Lebenslage

Optionen für PKV-Versicherte

PKV
Verband der Privaten Krankenversicherung

Inhalt

1 Einführung – Die Pflicht zur Versicherung in Deutschland 3

2 Optionen der Beitragsentlastung in typischen PKV-Tarifen 5

2.1 Möglichkeiten zur Beitragssenkung innerhalb der bereits abgeschlossenen Tarife 6
2.2 Der Tarifwechsel 7
2.3 Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit 7

3 Der Standardtarif 10

3.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern? 10
3.2 Welcher Beitrag ist im Standardtarif zu zahlen? 11
3.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert? 12
3.4 Als Standardtarif-Versicherte beim Arzt 13

4 Der Basistarif 14

4.1 Wer kann sich im Basistarif versichern? 14
4.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen? 15
4.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert? 16
4.4 Als Basistarif-Versicherte beim Arzt 18
4.5 Gesundheitsprüfung und Wechsel vom Basistarif in andere Tarife 19

5. Der Notlagentarif 20

5.1 Wer wird im Notlagentarif versichert? 20
5.2 Welcher Beitrag ist im Notlagentarif zu zahlen? 21
5.3 Welche Leistungen sind im Notlagentarif versichert? 22
5.4 Als Versicherte im Notlagentarif beim Arzt 24

6. Fallbeispiele 25

Glossar 27

1 Einführung – Die Pflicht zur Versicherung in Deutschland

Ein Krankenversicherungsschutz gehört zum Existenzminimum. Seit 2009 gilt deshalb in Deutschland eine Pflicht zur Krankenversicherung und damit auch das Recht auf Aufnahme in eine Krankenversicherung – in die Gesetzliche (GKV) oder die Private Krankenversicherung (PKV). Hiervon gibt es nur wenige Ausnahmen. So erhalten beispielsweise Soldatinnen und Soldaten freie Heilfürsorge und müssen deshalb keine Krankenversicherung vorweisen. Auch wer Hilfen zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung bekommt, ist nicht der Versicherungspflicht unterstellt.

Für die meisten Menschen besteht Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie müssen sich bei einer der gesetzlichen Krankenkassen versichern. Auf wen das zutrifft, ist im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) geregelt. In erster Linie sind das abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze (2024: 69.300 Euro/Jahr) und Menschen, die eine gesetzliche Rente beziehen. Wer nicht zu den versicherungspflichtigen Personenkreisen zählt, gilt als versicherungsfrei und kann oder muss sich privat krankenversichern. Zugleich haben diese Personen auch ein Recht auf → Aufnahme in die PKV. Die privaten Krankenversicherungen sind verpflichtet, mit ihnen einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen, der zumindest Schutz im Basistarif bietet.

§ 5 SGB V

Trotz der Pflicht zur Versicherung gibt es Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Dies kann zum Beispiel bei der Rückkehr nach einem längeren Auslandsaufenthalt der Fall sein. Dann gilt: **Die Versicherung muss in dem System erfolgen, in dem zuletzt eine Krankenversicherung bestand.**

Wer zuletzt in **Deutschland oder einem Mitgliedsstaat der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)** gesetzlich versichert war, wechselt in die GKV; wer zuletzt privat versichert war, wechselt in die PKV. Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen: zum einen, wenn die ursprünglich privatversicherte Person versicherungspflichtig in der GKV wird und noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet hat; zum anderen, wenn sie in die beitragsfreie Familienversicherung der GKV aufgenommen wird.

Wer **weder in Deutschland noch einem Mitgliedsstaat der EU oder des EWR** vorab jemals krankenversichert war, wird grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Es sei denn, die oder der Betreffende ist in Deutschland hauptberuflich selbstständig tätig, angestellt mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (2024: 69.300 Euro/Jahr), verbeamtet oder aus anderem Grunde versicherungsfrei.

Ob ein Mensch versicherungspflichtig oder versicherungsfrei ist, **entscheidet die gesetzliche Krankenversicherung** auf Grundlage der rechtlichen Vorschriften. Wer der PKV zugeordnet wird, kann unter den privaten Krankenversicherern frei wählen. Das gilt unabhängig davon, ob die Person vorher bereits bei einer deutschen PKV versichert war oder nicht.

Die Folgen einer Nichtversicherung

Wer nicht krankenversichert ist, muss nicht nur sämtliche Gesundheitskosten selbst finanzieren. Sie oder er verstößt auch gegen geltendes Recht, und der verspätete Abschluss einer Krankenversicherung wird schließlich deutlich teurer. In der GKV gilt die Mitgliedschaft rückwirkend ab dem Beginn der Pflicht zur Versicherung. Damit sind auch die Beiträge für die Vergangenheit nachzuholen. Dies ist in der PKV anders: Hier gilt der im Vertrag genannte Versicherungsbeginn. Erst ab diesem Zeitpunkt ist für den Versicherungsschutz ein Beitrag zu zahlen. Der Gesetzgeber hat aber für die Zeit der Nichtversicherung einen **Prämienzuschlag** festgelegt. Für die Höhe des Prämienzuschlags sind zwei Faktoren von Bedeutung:

§ 193 Abs. 4 VVG

- die Höhe des Beitrags für den gewählten Versicherungsschutz und
- die Dauer der Nichtversicherung.

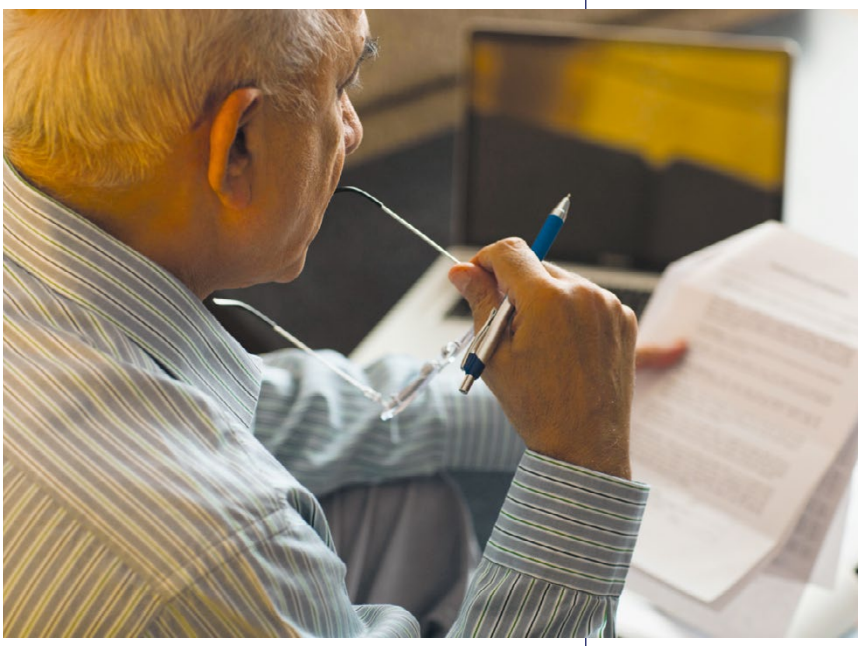
Der erste Monat einer Nichtversicherung wird nicht geahndet. Danach beträgt der Zuschlag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags.

Wer 14 Monate nicht versichert war, muss also
4 + (9 x 1/6) Monatsbeiträge = 5,5 Monatsbeiträge
Prämienzuschlag zahlen.

Lässt sich die Zeit der Nichtversicherung nicht objektiv feststellen, wird für die Berechnung des Prämienzuschlags angenommen, dass mindestens fünf Jahre kein Versicherungsschutz bestanden hat. Die betroffenen Versicherten müssen daher den Prämienzuschlag für fünf Jahre zahlen. Diese gesetzliche Vorgabe setzen einige private Krankenversicherungen so um, dass sie generell die Berechnungsgrundlage für den Prämienzuschlag auf maximal fünf Jahre begrenzen, also auch dann, wenn der Zeitraum der Nichtversicherung feststellbar und länger ist. Andere Versicherer wiederum legen regelmäßig den objektiv feststellbaren Zeitraum zugrunde.

Bei Zahlungsunfähigkeit sind auf Antrag eine Stundung und Ratenzahlung des Prämienzuschlags möglich. Jedoch sind auf den gestundeten Betrag von Rechts wegen Zinsen zu zahlen.

Der Versicherer darf grundsätzlich nicht auf den Prämienzuschlag verzichten, da er aufsichtsrechtlich dazu gehalten ist, alle Versicherten gleich zu behandeln.



2 Optionen der Beitragsentlastung in typischen PKV-Tarifen

In der Privaten Krankenversicherung können die Versicherten einen Versicherungsschutz wählen, der zu ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen passt. Auch der Beitrag ist individuell und wird auf der Grundlage des Eintrittsalters, des gewählten Leistungsumfangs und des bei Vertragsabschluss bestehenden Gesundheitszustands berechnet. Das Einkommen sowie sonstige Einkünfte haben hingegen keinen Einfluss auf den Beitrag. Ihre Erhöhung oder Verringerung führt folglich nicht zu einer Veränderung des Beitrags.

Das gilt auch, wenn das Einkommen aus der Erwerbstätigkeit und ein → Arbeitgeberzuschuss durch die Rente und den Zuschuss des Rentenversicherungsversicherungsträgers zum PKV-Beitrag ersetzt werden.

Beitragsentlastende Mechanismen im Alter

Allerdings gibt es in der PKV verschiedene Mechanismen zur Beitragsentlastung im Alter:

- Neben den → Alterungsrückstellungen gibt es auch eine Vorsorge für die Kosten des medizinischen Fortschritts. Die Versicherten zahlen einen Zuschlag von zehn Prozent auf ihren Beitrag, der vom Versicherer verzinslich angelegt wird.
  - Ab Alter 60 reduziert sich der Beitrag, da der 10-Prozent-Zuschlag wegfällt.
  - Ab Alter 65 wird der Zuschlag zur Verhinderung oder Abschwächung von Beitragserhöhungen eingesetzt, die sich aus den Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt ergeben.
- 90 Prozent der → Überzinsen, die die Unternehmen erwirtschaften, werden für die Versicherten verwendet und zur Beitragsstabilisierung im Alter eingesetzt.
- Mit Renteneintritt entfallen die Beiträge zum Krankentagegeld, da diese Versicherung endet.
- Viele Unternehmen bieten spezielle Beitragsentlastungstarife an. Diese garantieren gegen zusätzliche Zahlungen in jungen Jahren Beitragssenkungen im Alter.

In der Summe führt dies dazu, dass die Beitragsentwicklung ab Alter 65 weitgehend stabil bleibt und Beitragssprünge vermieden werden.

Übrigens: Veränderungen des Gesundheitszustandes nach Vertragsabschluss ziehen keine Beitragsänderungen nach sich.

Trotz der soliden Kalkulation und vieler Maßnahmen der PKV zur Beitragsbegrenzung im Alter kann der Beitrag im Einzelfall zur Belastung werden, z. B. weil die Rente geringer oder die Selbstständigkeit weniger rentabel ist als erwartet.

Vorübergehendes Zahlungsproblem

Wer nur ein **vorübergehendes Zahlungsproblem** hat, sollte seinen Versicherer kontaktieren. Dieser kann einer Stundung der Beiträge und einer Ratenzahlung zustimmen. Wenn der oder die Versicherte den Beitrag über mehrere Monate nicht zahlt, erfolgt in der Regel eine Umstufung in den → **Notlagentarif**.

Privatversicherte haben zudem grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, ihren Beitrag dauerhaft zu senken:

2.1 Möglichkeiten zur Beitragssenkung innerhalb der bereits abgeschlossenen Tarife

Manche Versicherungsleistungen wie Chefarztbehandlung oder Kuren sind wünschenswert, aber gegebenenfalls entbehrlich. Je nach Tarifgestaltung können Versicherte solche Zusatztarife kündigen, ohne dass es Einfluss auf ihren Haupttarif hat. Sind die Leistungen fester Bestandteil ihres Haupttarifs, bietet sich ein Tarifwechsel (→ 2.2 Der Tarifwechsel) an.

Eine andere Alternative ist die Erhöhung des → Selbstbehalts. Denn prinzipiell gilt: Je höher der Selbstbehalt, desto niedriger der Beitrag.

Hinzu kommt: Schöpft der Versicherte den Selbstbehalt nicht aus und reicht keine Rechnungen zur Kostenerstattung ein, erhält er in der Regel eine → Beitragsrückerstattung.

Allerdings ist bei einer Erhöhung des Selbstbehalts zu beachten:

- Mit dem Beitrag sinkt auch die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit, denn sie wird abhängig vom Monatsbeitrag berechnet.
- Arbeitgeber beteiligen sich nicht an den Krankheitskosten im Rahmen des Selbstbehalts. Sie zahlen einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag. Sinkt der Beitrag, fällt deshalb auch der → Arbeitgeberzuschuss kleiner aus. (Ausnahme: Der bzw. die Versicherte erhält den maximalen Arbeitgeberzuschuss – und das auch nach Erhöhung des Selbstbehalts.) Gleiches gilt für den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zum PKV-Beitrag.
- Ist später wieder eine Reduzierung des Selbstbehalts gewünscht, stellt dies eine Art der Leistungsausweitung dar. In der Regel erfolgt deshalb eine erneute Gesundheitsprüfung. Der Versicherer kann dann bei erhöhtem Gesundheitsrisiko einen Zuschlag verlangen oder auch die Senkung des Selbstbehalts ablehnen.

Bei der Wahl des Selbstbehalts sollten mögliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und die zu erwartende Einkommenssituation im Alter berücksichtigt werden. Versicherte sollten die Ersparnis bei einer Erhöhung des Selbstbehalts zunächst genau berechnen – gegebenenfalls mit Hilfe ihres Versicherers.

2.2 Der Tarifwechsel

Tarifwechselrecht (§ 204 Abs. 1 VVG)

Privatversicherte haben einen gesetzlichen Anspruch, jederzeit in einen anderen Tarif ihres Versicherungsunternehmens zu wechseln. Damit kann auch eine Verringerung des Beitrags erreicht werden. Die im Versicherungsverlauf erworbenen Rechte (z. B. Erfüllung von Vorversicherungszeiten bei einzelnen Leistungen) bleiben ihnen erhalten. Somit werden ihre → Alterungsrückstellungen in jedem Tarif voll angerechnet. Nur wenn die Leistungen im neu gewählten Tarif besser als im bisherigen Tarif sind, kann der Versicherer für diese **Mehrleistungen** eine Gesundheitsprüfung vornehmen. Infolgedessen kann er in Abhängigkeit des aktuellen Gesundheitszustandes dann auch einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag oder eine Wartezeit festlegen.

Ansprechpartner: PKV-Unternehmen

Bei Interesse an einem Tarifwechsel sollten sich Privatversicherte direkt an das Versicherungsunternehmen wenden: Der Versicherer ist zu einer Beratung verpflichtet. Er muss mögliche Tarifalternativen aufzeigen, die Unterschiede zwischen den Tarifen darstellen und sie erläutern. Dadurch können die Versicherten Beitrags- und Leistungsunterschiede erkennen und eine fundierte Entscheidung treffen. Information und Beratung der Versicherten erfolgen auf ihren Wunsch hin und sind an ihren individuellen Bedürfnissen auszurichten. Die Versicherten sollten daher im Rahmen der Tarifwechselberatung sorgfältig ihre Bedürfnisse prüfen und auch ihre langfristigen Interessen im Blick haben, beispielsweise in der Frage, in welchem Maße sie ggf. dauerhaft auf Leistungen verzichten wollen, um Beitragsvorteile zu erzielen.

Hinweis: Erhalten Versicherte von 60 oder mehr Jahren eine Beitragserhöhung, müssen die Versicherer von sich aus auf Tarifalternativen hinweisen. Die meisten Anbieter von Krankheitsvollversicherungen haben sich zudem in ↗ *„Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“* der PKV dazu verpflichtet, die Versicherten bereits ab einem Alter von 55 Jahren proaktiv über Wechselmöglichkeiten zu informieren.

2.3 Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit

Das Stichwort „Hilfebedürftigkeit“ steht in der PKV meistens im Zusammenhang mit dem → Basistarif, da es hier bezüglich des Beitrags spezielle Regelungen gibt. Ein Wechsel in den Basistarif ist aber nicht zwingend notwendig. Wer hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts ist, kann auch in seinem bisherigen PKV-Tarif oder im → Standardtarif eine staatliche Bezuschussung erhalten.

Gerade für Versicherte mit Erkrankungen kann ein Verbleib im bisherigen Tarif die bessere Alternative sein. Schließlich bieten die Normaltarife in der Regel ein größeres Leistungsspektrum als der Basistarif oder auch der Standardtarif. Leistungsmäßig kann ein Wechsel in einen dieser Sozialtarife deshalb nur in Ausnahmefällen für einzelne Versorgungsbereiche von Vorteil sein. Das trifft beispielsweise zu, wenn der gewählte PKV-Normaltarif selbst nur einen Grundschutz ohne die PKV-typischen Zusatzleistungen absichert. Dazu sollte der Versicherer um individuelle Beratung gebeten werden.

Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Zuschuss zur PKV (§ 26 SGB II)

Werden Versicherte hilfebedürftig nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), haben sie das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Das Jobcenter kann sie dazu aber nicht verpflichten, sondern muss auf Antrag auch einen Zuschuss zum „normalen" Versicherungsbeitrag gewähren. Es zahlt den Zuschuss direkt an das Versicherungsunternehmen.

Für die Ermittlung des Zuschusses betrachtet die Bundesagentur für Arbeit neben dem tatsächlichen Versicherungsbeitrag auch den Beitrag, der bei Versicherung im Basistarif zu zahlen wäre. Die Versicherten müssen deshalb einen Nachweis über die Höhe ihres individuellen fiktiven Basistarif-Beitrags erbringen. Einen solchen Nachweis erhalten sie auf Anfrage von ihrem Versicherer. In der Regel ist der Höchstbeitrag zum Basistarif zu zahlen. Darüber hinaus gilt Folgendes:

1. Der Zuschuss beträgt maximal die Hälfte des Beitrags im Basistarif und damit 2024 höchstens 421,76 Euro. Liegt der eigene Beitrag über diesem Betrag, muss der bzw. die Versicherte den Rest selbst finanzieren.
2. Ist der Beitrag im Normaltarif niedriger als der halbe Beitrag zum Basistarif, erhält die versicherte Person einen Zuschuss in Höhe ihres tatsächlichen Beitrags.
3. Der Zuschuss soll möglichst Hilfebedürftigkeit vermeiden. Wird dieser Zweck bereits mit einer niedrigeren Summe erfüllt, zahlt der Sozialversicherungsträger einen geringeren Betrag als unter 1. und 2. beschrieben. Dies gilt auch, wenn nur bei Versicherung im Basistarif ein geringerer Zuschuss ausreichen würde (→ „Vermeidung von Hilfebedürftigkeit").

*Für die **Private Pflegepflichtversicherung** gilt grundsätzlich eine Begrenzung des Beitrags auf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung für Personen mit einem Kind (2024: 175,96 Euro/Monat). Bei sozialer **Hilfebedürftigkeit** müssen die Versicherten maximal die Hälfte dieses Höchstbeitrags (2024: 87,98 Euro/Monat) zahlen. Besteht auch dann noch Hilfebedürftigkeit, zahlt der Sozialhilfeträger einen **Zuschuss** zum Beitrag. Dieser ist begrenzt auf den halben Höchstbeitrag. Ist der Beitrag des oder der Versicherten geringer, ist der Zuschuss auf den tatsächlichen Beitrag begrenzt.*

Beispiele:

1) Der Versicherte F zahlt einen PKV-Beitrag von 600 Euro/Monat, wird sozial hilfebedürftig und bleibt in seinem bisherigen Tarif versichert.

   Der Sozialhilfeträger zahlt die Hälfte des Höchstbeitrags im Basistarif (2024: 421,76 Euro/Monat) als Zuschuss an das PKV-Unternehmen, sofern der Versicherte F im Basistarif den Höchstbeitrag zu zahlen hätte. Den verbleibenden Betrag von 178,24 Euro/Monat muss F selbst zahlen.

2) Die Versicherte L zahlt einen PKV-Beitrag von 390 Euro/Monat, wird durch Zahlung des PKV-Beitrags sozial hilfebedürftig nach dem SGB II und bleibt in ihrem bisherigen Tarif versichert.

   Der Sozialhilfeträger zahlt an das PKV-Unternehmen einen Zuschuss in der Höhe, dass die Hilfebedürftigkeit der Versicherten vermieden wird, maximal in Höhe des tatsächlichen Beitrags von 390 Euro/Monat.

3) Der Versicherte P zahlt einen PKV-Beitrag von 510 Euro/Monat, kann davon nur 170 Euro selbst tragen und wird deshalb hilfebedürftig. Er bleibt in seinem bisherigen Tarif versichert.

   Der Sozialhilfeträger zahlt an das PKV-Unternehmen einen Zuschuss in Höhe von 251,76 Euro. Dieser Betrag würde bei Versicherung im Basistarif ausreichen, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden (421,76 Euro – 170 Euro = 251,76 Euro). Den verbleibenden Betrag von 258,24 Euro/Monat muss P selbst zahlen. Da der Versicherte mit dieser Summe finanziell überfordert ist, wäre in seinem Fall ein Wechsel in den Basistarif ratsam. Dort müsste er nur die ihm möglichen 170 Euro zahlen. Endet seine Hilfebedürftigkeit innerhalb von zwei Jahren, kann er wieder → in seinen alten Tarif zurückkehren.

Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe)

Zuschuss zur PKV (§ 32 SGB XII)

Auch für Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger gilt: Sie können in den Basistarif wechseln, müssen aber nicht. Die Höhe des Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung ist grundsätzlich genauso geregelt wie bei → Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II.

Fazit

Sozial hilfebedürftige Privatversicherte haben keine finanziellen Nachteile, wenn sie in ihrem Ursprungstarif bleiben und ihr Krankenversicherungsbeitrag dort nicht höher als der halbierte Höchstbeitrag im Basistarif (2024: 421,76 Euro) ist.

Bei einem höheren Beitrag im Ursprungstarif sind Versicherte dort üblicherweise finanziell schlechter gestellt als im Basistarif. Liegt Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe) vor, kann der Sozialhilfeträger allerdings **in Ausnahmefällen** auch Beiträge über dem halbierten Höchstbeitrag des Basistarifs bei der Berechnung des Regelbedarfs als angemessen anerkennen. Dies gilt dann, wenn die bzw. der Versicherte nur für bis zu drei Monate (in begründeten Fällen bis zu sechs Monate) Sozialhilfe bezieht.

Wer wegen sozialer Hilfebedürftigkeit in den Basistarif wechselt, kann → unter bestimmten Bedingungen wieder ohne größere Nachteile in den alten Tarif zurückkehren. Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine Rückkehr aufgrund der Gesundheitsprüfung jedoch schwierig werden. Ein Verbleib im Basistarif wird dann aber ebenfalls teuer: Wer nicht sozial hilfebedürftig ist, zahlt im Basistarif den regulären Beitrag, der fast immer identisch mit dem Höchstbeitrag (2024: 843,52 Euro) ist. Damit ist der Basistarif teurer als die meisten Tarife – bei schlechteren Leistungen. Die Entscheidung über den Verbleib im Ursprungstarif oder einen Wechsel in den Basistarif sollte deshalb auch bei Hilfebedürftigkeit wohlüberlegt sein.

*Der Sozialhilfeträger zahlt **keinen Zuschuss** zu Kosten, die im Rahmen von **Selbstbehalten** entstehen.*

3 Der Standardtarif

Der Standardtarif wurde 1994 eingeführt und war der erste brancheneinheitliche Tarif mit einer sozialen Schutzfunktion. In erster Linie war und ist er für langjährig Versicherte gedacht, die einen besonders preiswerten Tarif benötigen oder wünschen, beispielsweise, weil sie nur eine geringe Rente erhalten. Deshalb hat der Gesetzgeber den Standardtarif auch vor allem für ältere Versicherte geöffnet, während jüngere Versicherte nur in Ausnahmefällen Zugang haben.

Der Versicherungsschutz im Standardtarif orientiert sich am Leistungsniveau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Beitrag hängt von der individuellen Versicherungsbiografie ab. Er fällt umso niedriger aus, je länger die Versicherungszeiten in der PKV und je höher die zuvor versicherten Leistungen waren: Dadurch sind auch die bisher gebildeten → Alterungsrückstellungen höher. Die Alterungsrückstellungen wiederum werden voll auf den Beitrag im Standardtarif angerechnet. Dies führt in der Regel zu deutlich günstigeren Prämien im Standardtarif im Vergleich zum Ausgangstarif. Wer allerdings schon vor dem Standardtarif in einem leistungsmäßig vergleichbaren Tarif versichert war, wird weniger von der Beitragsreduzierung profitieren. Dennoch kann ein Wechsel auch in diesen Fällen finanziell von Vorteil sein, da der Selbstbehalt im Standardtarif auf 306 Euro begrenzt ist.

3.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern?

Seit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) steht der Standardtarif nur den Menschen offen, die **bereits vor dem 1. Januar 2009** bei ihrem gegenwärtigen Versicherer eine Vollversicherung hatten. Grund dafür ist die Einführung des Basistarifs. Da sich Basis- und Standardtarif aber hinsichtlich ihrer Funktionsweise unterscheiden, plädiert der Verband der Privaten Krankenversicherung seit Jahren dafür, dass der Standardtarif prinzipiell auch für Neuzugänge ab dem 1. Januar 2009 offensteht.

Voraussetzung für einen Wechsel in den Standardtarif ist, dass die bzw. der Versicherte seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert ist. Der Versicherungsschutz muss zumindest teilweise über einen Bisex-Tarif abgeschlossen sein, damit ein Wechsel in den Standardtarif möglich ist. Beispielsweise kann der ambulante Tarifbaustein ein Unisex-Tarif sein und der stationäre ein Bisex-Tarif. Besteht der gesamte Krankenversicherungsschutz ausschließlich über Unisex-Tarife, kann der bzw. die Versicherte nicht in den Standardtarif wechseln.

Darüber hinaus muss einer der drei folgenden Punkte zutreffen:

Die wechselwillige Person ist

- mindestens 65 Jahre alt;
- mindestens 55 Jahre alt und ihr gesamtes Einkommen übersteigt nicht die → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2024: 62.100 Euro/Jahr); das gilt auch für Heilfürsorgeberechtigte wie z. B. Polizisten; oder
- jünger als 55 Jahre und bezieht bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Ihr gesamtes Einkommen übersteigt nicht die → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2024: 62.100 Euro/Jahr).

Die Regelungen für die Aufnahme in den Standardtarif gelten auch für Versicherte, die beihilfeberechtigt sind, sowie deren Angehörige. Ebenso können Heilfürsorgeempfängerinnen und -empfänger den Standardtarif abschließen, sofern sie durch eine → Anwartschaft für eine private Krankheitsvollversicherung die erforderliche Vorversicherungszeit vorweisen können.

***Familienangehörige** können mit in den Standardtarif wechseln, wenn sie bei einer GKV-Mitgliedschaft des oder der Versicherten familienversichert wären.*

3.2 Welcher Beitrag ist im Standardtarif zu zahlen?

Die Beiträge im Standardtarif werden nach den in der PKV üblichen Regeln kalkuliert. Rechtliche Grundlage sind insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Für den individuellen Beitrag der einzelnen Versicherten im Standardtarif sind deren Versicherungsdauer in der PKV und ihre bisherigen Tarife von Bedeutung. Daraus ergibt sich der Umfang der → Alterungsrückstellungen, die beim Wechsel in den Standardtarif beitragsmindernd angerechnet werden. Gerade bei Versicherten im Rentenalter führen die Alterungsrückstellungen im Standardtarif in der Regel zu niedrigen Beiträgen.

Für Beihilfeempfängerinnen und -empfänger (z. B. Beamtinnen und Beamte) gibt es den Standardtarif in einer beihilfekonformen Variante. Der Beitrag entspricht dann dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Zuschuss zum Beitrag (§ 257 Abs. 2 SGB V, § 106 Abs. 3 SGB VI)

Abhängig Beschäftigte erhalten für ihre Versicherung im Standardtarif einen → Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Auch Rentner und Rentnerinnen bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags.

Risikozuschläge

Hinsichtlich einer Gesundheitsprüfung und möglicher Risikozuschläge gilt beim Wechsel in den Standardtarif dasselbe wie beim Wechsel in andere Tarife: Wer im bisherigen Tarif einen Risikozuschlag zahlt, muss ihn auch im Standardtarif zahlen. Bietet der Standardtarif Mehrleistungen gegenüber dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer hierfür eine Gesundheitsprüfung vornehmen und gegebenenfalls einen Risikozuschlag verlangen.

Beitragsbegrenzung

Der Beitrag im Standardtarif ist auf den GKV-Höchstbeitrag (2024: 755,56 Euro/Monat) begrenzt. Dieser berechnet sich aus der → Beitragsbemessungsgrenze und dem allgemeinen Beitragssatz der GKV. Eine Erhöhung oder Verringerung dieser Faktoren führt auch zu einer Änderung des Höchstbeitrags im Standardtarif. Für Versicherte, die einen Risikozuschlag zahlen, gilt die Grenze einschließlich dieses Zuschlags. Auch sie zahlen also nicht mehr als den oben genannten Höchstbeitrag. Für Eheleute und Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) liegt die Grenze bei 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags, wenn ihr Gesamteinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2024: 62.100 Euro/Jahr) nicht übersteigt. Hätte die versicherte Person gemäß der Kalkulation einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag zu zahlen, nimmt der Versicherer eine Beitragskappung vor. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

Krankentagegeld und Zusatzversicherungen

Krankentagegeld ist wie bei den üblichen PKV-Tarifen keine integrierte Leistung des Standardtarifs. Die Versicherten können es aber zusätzlich abschließen. Der Versicherungsbeitrag wird in die Beitragsbegrenzung für den Standardtarif mit einbezogen, so dass die Versicherten auch inklusive Krankentagegeld maximal den GKV-Höchstbeitrag zahlen. Neben dem Standardtarif dürfen Versicherte keine typischen Krankenzusatzversicherungen haben. Zulässig sind jedoch eine Auslandsreisekrankenversicherung und eine betriebliche Krankenversicherung, die komplett vom Arbeitgeber finanziert wird.

Bei Bezug von Sozialhilfe erkennt der Sozialhilfeträger den vollen Beitrag für eine Absicherung im Standardtarif bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit und des Regelbedarfs als angemessen an. Dadurch können Standardtarif-Versicherte bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe) in ihrem Tarif bleiben. Ein Wechsel in den Basistarif bringt ihnen keinen Vorteil. Langjährig Versicherte in Normaltarifen, die erstmals Sozialhilfe erhalten, sind zudem deshalb oft mit einem Wechsel in den Standardtarif besser beraten als mit einem Wechsel in den Basistarif. Hier bietet sich ein ausführlicher Austausch mit dem Versicherer an.

Durch das beitragssenkende Konzept des Standardtarifs liegt der Beitrag nahezu aller Versicherten deutlich unter dem Höchstbeitrag. Nur bei rund einem Prozent der Versicherten im Standardtarif müssen die Beiträge gekappt werden.

3.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert?

Die Leistungen des Standardtarifs sind mit den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar, aber nicht damit identisch. Wie in anderen PKV-Tarifen ist vertraglich festgelegt, in welchem Umfang die Versicherung die Kosten für die einzelnen Leistungsarten erstattet. Die vereinbarten Versicherungsleistungen sind den Versicherten während der gesamten Vertragslaufzeit garantiert. Ist eine Behandlung medizinisch notwendig, übernimmt die Versicherung die vereinbarten Kosten. Anders als die GKV schließt die PKV auch im Standardtarif Behandlungen nicht von der Kostenerstattung aus, wenn sie weniger wirtschaftlich als andere sind.

Die Leistungen im Überblick

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen** und Vorsorgeuntersuchungen;
- **Zahnbehandlungen** und gezielte Vorsorgeuntersuchungen; **Zahnersatz** in einfacher Ausführung zu 65 Prozent; **kieferorthopädische Behandlungen** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent;
- **psychotherapeutische Behandlungen** durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen, Ärzte und zugelassene psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis zu einem Umfang von 25 Sitzungen im Kalenderjahr;
- allgemeine **Krankenhausleistungen**. Die Versicherten haben freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Für die Behandlung durch Belegärztinnen und -ärzte muss die Abrechnung gemäß den → für den Standardtarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;

- erstattungsfähige **Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel** zu 80 Prozent, nach Erreichen eines → Selbstbehaltes in Höhe von maximal 306 Euro zu 100 Prozent. Die Erstattungsfähigkeit können die Versicherten in den Tarifbedingungen bzw. im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs nachprüfen.
- **digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGA) zu 100 Prozent, jedoch nicht mehr als für gesetzlich Versicherte zu zahlen wäre. Die DiGA muss ärztlich oder durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten verordnet werden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen.

Weitere Informationen zum Umfang der Leistungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (AVB/ST), die Sie unter ↗ *www.privat-patienten.de/versicherungsbedingungen* finden.

***Heilmittel** sind Anwendungen und Behandlungen, die in der Regel ärztlich verordnet sind und von Angehörigen anderer Heilberufsgruppen durchgeführt werden. Hierzu zählen etwa Krankengymnastik, Massage, Logopädie, Podologie und Ergotherapie.*

*Als **Hilfsmittel** bezeichnet man Gegenstände, die den Erfolg einer Behandlung sichern oder die Folgen einer Behinderung lindern oder ausgleichen. Hilfsmittel sind z. B. Hörgeräte, Geh- und Stützhilfen.*

3.4 Als Standardtarif-Versicherte beim Arzt

Für den Standardtarif geltende Gebührensätze

Standardtarif-Versicherte können sich von allen niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten behandeln lassen. **Vor Behandlungsbeginn** müssen sie diese unbedingt darauf hinweisen, dass sie im Standardtarif versichert sind. Denn nur in diesem Fall ist die Ärztin bzw. der Arzt an die Gebührensätze gebunden, die für den Standardtarif gelten: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,8-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,38-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 1,16-Fachen (GOÄ).

Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 3a SGB V)

Wie bei gesetzlich Versicherten haben die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV bzw. KZV) den Auftrag, die ärztliche Versorgung der Standardtarif-Versicherten sicherzustellen. Sollte im Einzelfall ein Arzt oder eine Ärztin ablehnen, zu den oben genannten Gebührensätzen zu behandeln, ist die zuständige KV oder KZV der richtige Ansprechpartner. Sie kann dann Praxen benennen, die zu diesen gesetzlich vorgegebenen Konditionen des Standardtarifs behandeln.

Nach erfolgter Behandlung wird den Standardtarif-Versicherten eine Rechnung ausgestellt, die sie dann an ihre PKV weiterreichen können. Erhält der bzw. die Versicherte trotz Standardtarif eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen und reicht diese so ein, erstattet der Versicherer nur die für den Standardtarif geltenden Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss der bzw. die Versicherte selbst tragen oder sich mit der Arztpraxis auseinandersetzen.

Auf den letzten Seiten der Broschüre finden Sie ein → Informationsblatt zum Standardtarif, das Sie bei Bedarf in der (Zahn)Arztpraxis vorlegen können.

4 Der Basistarif

Die Private Krankenversicherung ist verpflichtet, den sogenannten Basistarif anzubieten. Dieser Tarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt gilt auch die Pflicht zur Versicherung für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, wie Selbstständige, Beamtinnen und Beamte. Der Basistarif wurde als Garantie geschaffen, dass diese Personen auch Aufnahme in die PKV finden. Denn wer versicherungsberechtigt ist, darf grundsätzlich nicht abgelehnt werden. Selbst Antragstellende mit schweren Vorerkrankungen müssen von den Unternehmen aufgenommen werden. Zudem sind im Basistarif keine Risikozuschläge zu zahlen. Wer sozial hilfebedürftig ist, zahlt einen reduzierten Beitrag. Dadurch ermöglicht der Basistarif Versicherungsschutz für jeden.

Der Basistarif unterscheidet sich deutlich von den anderen Tarifen der Privaten Krankenversicherung. Er ist ein **gesetzlich definiertes Produkt** und entspricht in Art, Umfang und Höhe dem Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 152 Abs.1 VAG

4.1 Wer kann sich im Basistarif versichern?

Der Gesetzgeber hat genau festgelegt , wer sich im Basistarif versichern darf. Für den Basistarif gilt ein Aufnahmezwang, d. h. die Versicherungsunternehmen dürfen grundsätzlich niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf.

§§ 193 Abs. 5, 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG

Dieser **Kontrahierungszwang** gilt für folgende Personen:

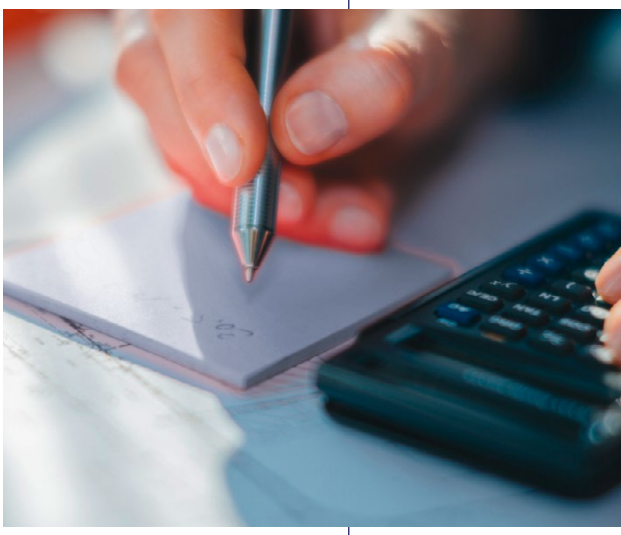
- Privatversicherte, die ihren Versicherungsvertrag erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen haben. Sie können jederzeit bei ihrem aktuellen oder auch einem anderen PKV-Unternehmen in den Basistarif wechseln. Bei einem Unternehmenswechsel überträgt der bisherige Versicherer die dem Basistarif entsprechenden kalkulierten → Alterungsrückstellungen auf den neuen Versicherer.
- Privatversicherte, die vor 2009 ihren Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, wenn sie
  - mindestens 55 Jahre alt sind oder
  - eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
  - hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

  Diese Personengruppen können nur bei ihrem Versicherungsunternehmen in den Basistarif wechseln.
- gesetzlich Versicherte innerhalb von sechs Monaten nach Beginn ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.
- Nichtversicherte mit Wohnsitz in Deutschland, die der PKV zuzuordnen sind (d. h. insbesondere Selbstständige), die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, keine Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und keine Sozialhilfe erhalten.

Der Versicherer kann die **Aufnahme in den Basistarif nur dann ablehnen**, wenn er einen früheren Versicherungsvertrag des oder der Antragstellenden außeror-

dentlich gekündigt oder angefochten hat oder von diesem Versicherungsvertrag zurückgetreten ist. Das ist möglich bei einer schwerwiegenden Vertragsverletzung wie Abrechnungsbetrug, oder wenn Versicherte bei der Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss vorsätzlich falsche Angaben gemacht haben. Lehnt der Versicherer die Aufnahme ab, können sich Antragstellende jedoch an ein anderes Krankenversicherungsunternehmen wenden.

4.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen?



Die Beitragsberechnung im Basistarif entspricht der in der PKV üblichen Kalkulation. Maßgeblich sind der (hier: vorgegebene) Leistungsumfang, das Eintrittsalter der Versicherten in die Private Krankenversicherung und in den bis 2012 geschlossenen Verträgen das Geschlecht. Anders als in den übrigen PKV-Tarifen wird allerdings der Gesundheitszustand der Antragstellenden nicht berücksichtigt. Versicherte mit Vorerkrankungen müssen keine Risikozuschläge zahlen. Stattdessen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Mehrkosten, die durch die Vorerkrankungen entstehen, gleichmäßig auf alle im Basistarif Versicherten zu verteilen sind (§ 154 VAG – Risikoausgleich). Dadurch wird einerseits ermöglicht, dass selbst Schwerstkranke Aufnahme in die PKV finden. Andererseits führt dies aber dazu, dass die Beiträge nahezu aller Versicherten das Niveau des gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbeitrags erreichen.

Beitragsbegrenzung (§ 152 Abs. 3 und 4 VAG)

Der Beitrag zum Basistarif ist begrenzt. Der **Höchstbeitrag zum Basistarif** wird nach Vorgabe des Gesetzgebers anhand folgender Werte berechnet:

jeweils gültiger **Höchstbeitrag in der GKV**
(→ Beitragsbemessungsgrenze (Monat) x allgemeiner Beitragssatz der GKV)
und
durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen
(jährliche Festlegung durch das BMG)

Berechnung des Höchstbeitrags im Basistarif für 2024:

(5.175,00 Euro x 14,6 %) + (5.175,00 Euro x 1,7 %) = 843,52 Euro

Der Höchstbeitrag im Basistarif liegt damit 2024 bei 843,52 Euro monatlich. Mit der jährlichen Erhöhung der → Beitragsbemessungsgrenze wird automatisch auch der Höchstbeitrag für den Basistarif angepasst. Gleiches gilt bei einer Änderung des allgemeinen Beitragssatzes oder des Zusatzbeitragssatzes der GKV.

Für Beihilfeempfängerinnen und -empfänger (z. B. Beamte) gilt ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutzes entspricht. Bei Versicherten mit einem Beihilfeanspruch von beispielsweise 70 Prozent ist der Beitrag folglich auf 30 Prozent des Höchstbeitrages im Basistarif begrenzt: 253,06 Euro.

Zuschuss zum Beitrag (§ 257 Abs. 2 SGB V, § 106 Abs. 3 SGB VI)

Abhängig Beschäftigte erhalten für ihre Versicherung im Basistarif einen → Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in

der GKV zahlen müsste. Auch Rentnerinnen und Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags.

Selbstbehalt (§ 152 Abs. 1 S. 3 VAG)

Die Versicherungsunternehmen müssen den Basistarif mit fünf → Selbstbehaltsstufen (0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro) anbieten, zwischen denen die Versicherten frei wählen können. Der Höchstbeitrag gilt unabhängig von der gewählten Selbstbehaltsstufe. Deshalb wirkt ein Selbstbehalt in der Regel nicht beitragssenkend. Es empfiehlt sich in jedem Fall eine genaue Prüfung, ob ein Selbstbehalt sinnvoll ist.

Sollte eine versicherte Person mit der Beitragszahlung in Rückstand geraten, kann ihr der Versicherer auch im Basistarif Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen ermöglichen, um so leichter die Beitragsschulden begleichen zu können. In dem Fall gilt der bzw. die Versicherte nicht mehr als säumig und es erfolgt keine Umstellung in den → Notlagentarif.

Beitrag bei Hilfebedürftigkeit

Ist ein Versicherter oder eine Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts oder würde es durch Zahlung des Versicherungsbeitrags werden, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Der daraus resultierende Fehlbetrag wird per Beitragszuschlag von den übrigen Versicherten aller Unternehmen finanziert, die den Basistarif anbieten, also von allen vollversicherten Personen.

Besteht trotz der Beitragshalbierung weiterhin Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag in der Höhe, dass **Hilfebedürftigkeit vermieden** wird. Gegebenenfalls übernimmt er auch den gesamten hälftigen Beitrag. Die bestehende oder drohende Hilfebedürftigkeit wird durch den zuständigen Sozialhilfeträger geprüft, der dem bzw. der Versicherten eine entsprechende Bescheinigung für die Versicherung ausstellt.

Beispiel: Ein Versicherter im Basistarif hat den Höchstbeitrag in Höhe von 843,52 Euro/Monat zu leisten. Durch die Beitragszahlung wird er hilfebedürftig, weshalb der Beitrag auf die Hälfte (2024: 421,76 Euro) reduziert wird. Von dem reduzierten Beitrag ist es ihm möglich, 180 Euro selbst zu tragen. Ein höherer Betrag würde bei ihm wiederum Hilfebedürftigkeit verursachen. Der zuständige Sozialhilfeträger zahlt ihm in diesem Fall einen Zuschuss von monatlich 241,76 Euro.

4.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert?

Der Basistarif ist eng angelehnt an den GKV-Schutz. So sind alle Leistungen des Tarifs in Art, Umfang und Höhe mit den im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegten GKV-Leistungen vergleichbar. Der Umfang der Leistungen entspricht in vielen Fällen dem GKV-Niveau, etwa beim Zahnersatz und beim Krankentagegeld. Zudem sind verschiedene Leistungen ausdrücklich an die Richtlinien und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gebunden. Das SGB V stellt zwar keine Rechtsgrundlage für den Basistarif dar, doch werden durch diese enge Anknüpfung an die GKV Veränderungen bei den Kassenleistungen in der Regel auch in den Basistarif übernommen. Verbesserungen wie auch Verschlechterungen der GKV-Leistungen wirken sich damit auf die Basistarif-Versicherten aus. Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. als gesetzlich Beliehenem festgelegt, während das Bundesministerium der Finanzen die Fachaufsicht ausübt.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Anders als sonst in der PKV üblich, müssen die Leistungen des Basistarifs wie in der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kostenerstattung kann also abgelehnt werden, wenn es günstigere Behandlungsmethoden als die gewählte gibt.

Basistarifversicherte dürfen grundsätzlich Zusatzversicherungen haben. Das Versicherungsunternehmen kann aber das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Beitrag des Versicherten wegen Hilfebedürftigkeit reduziert ist.

Die Leistungen im Überblick

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen** und Vorsorgeuntersuchungen durch **Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**, also die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung zugelassenen sogenannten Kassenärztinnen und -ärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden;
- **Zahnbehandlungen** und gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch **Vertragsärztinnen und -ärzte** (Kassenärztinnen und -ärzte). Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden. **Zahnersatz** zu 60 bis 75 Prozent für befundbezogene Regelleistungen der GKV; **kieferorthopädische Behandlungen von Versicherten unter 18 Jahren** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent. Werden zwei oder mehr Kinder einer Familie gleichzeitig behandelt, erhöht sich der Erstattungssatz auf 90 Prozent. Bei älteren Versicherten werden kieferorthopädische Behandlungen nur bei schwerer Kieferanomalie erstattet;
- **psychotherapeutische Behandlungen** bis zu einem jeweils festgelegten Höchstumfang;
- **allgemeine Krankenhausleistungen**. Pro Tag müssen erwachsene Versicherte eine Zuzahlung von 10 Euro leisten (maximal 28 Tage/Jahr). Die Versicherten haben freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, Behandlungen in Privatkliniken sind von der Erstattung ausgeschlossen. Für die Behandlung durch Belegärztinnen und -ärzte muss die Abrechnung gemäß den → für den Basistarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;
- **verschreibungspflichtige Arzneimittel**, **Verbandmittel** sowie **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise verordnet werden können. Die Arznei- und Verbandmittel müssen jeweils von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin verordnet werden. Erwachsene Versicherte müssen für jedes Arznei- und Verbandmittel eine Zuzahlung von 6 Euro leisten;
- **Heilmittel**, die **im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs** aufgeführt sind und von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin verordnet wurden. Erwachsene Versicherte müssen eine Zuzahlung von 2 Euro je Heilmittel und 10 Euro je Verordnung leisten;

- **Hilfsmittel in Standardausführung**, die im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgelistet sind und von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin verordnet wurden. Erwachsene Versicherte müssen eine Zuzahlung von 8 Euro je Hilfsmittel bzw. 10 Euro für den Monatsbedarf bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln leisten.
- **digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGA) zu 100 Prozent, jedoch nicht mehr als für gesetzlich Versicherte zu zahlen wäre. Die DiGA muss ärztlich oder durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten verordnet werden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen.

Darüber hinaus erhalten Versicherte ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit Krankentagegeld, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Das Krankentagegeld beträgt höchstens 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Höhe der → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2024: 62.100 Euro/Jahr) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens. Das Krankentagegeld wird für dieselbe Krankheit innerhalb von drei Jahren höchstens 78 Wochen gezahlt.

Weitere Informationen zum Umfang der Leistungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT), die Sie unter ↗ *www.privat-patienten.de/versicherungsbedingungen* finden.

4.4 Als Basistarif-Versicherte beim Arzt

Basistarif-Versicherte können sich von allen Medizinerinnen und Medizinern behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind, also von den sogenannten Kassen(zahn)ärztinnen und -ärzten. Von ihrem Versicherungsunternehmen erhalten sie einen Behandlungsausweis, den sie **vor jeder Behandlung** in der Arztpraxis vorlegen sollten, um über ihre Versicherung im Basistarif zu informieren. Tun sie dies nicht, kann der Arzt bzw. die Ärztin das Honorar abweichend von den folgenden Bestimmungen des Basistarifs berechnen: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,2-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,0-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 0,9-Fachen (GOÄ).

Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 3a SGB V)

Wie bei gesetzlich Versicherten und Standardtarif-Versicherten haben die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV bzw. KZV) den Auftrag, die ärztliche Versorgung der Basistarif-Versicherten sicherzustellen. Sollte im Einzelfall ein Arzt oder eine Ärztin ablehnen, zu den oben genannten Gebührensätzen zu behandeln, ist die zuständige KV oder KZV der richtige Ansprechpartner. Sie kann dann Praxen benennen, die zu diesen gesetzlich vorgegebenen Konditionen des Basistarifs behandeln.

Nach erfolgter Behandlung wird den Basistarif-Versicherten eine Rechnung ausgestellt, die sie dann an ihre PKV weiterreichen können. Allerdings haften im Basistarif Versicherte und Versicherer gegenüber den Ärztinnen, Ärzten und anderen Leistungserbringenden gesamtschuldnerisch. Das bedeutet: Die Arztpraxis (oder auch ein anderer Leistungserbringer, z. B. eine Physiotherapeutin) kann ihre Leistungen direkt der Krankenversicherung des bzw. der Basistarif-Versicherten in Rechnung stellen.

Die private Krankenversicherung begleicht die Rechnung soweit, wie sie durch den Basistarif gedeckt ist. Das gilt bei der Direktabrechnung ebenso wie im Fall, dass die Versicherten eine Rechnung zur Kostenerstattung einreichen. Beträge über den für den Basistarif festgelegten Gebührensätzen muss die Krankenversicherung nicht zahlen. Ebenso wenig muss sie Leistungen vergüten, die nicht im Versicherungsschutz des Basistarifs enthalten sind.

Auf den letzten Seiten der Broschüre finden Sie ein → Informationsblatt zum Basistarif, das Sie bei Bedarf in der (Zahn)Arztpraxis vorlegen können.

4.5 Gesundheitsprüfung und Wechsel vom Basistarif in andere Tarife

Im Basistarif darf ungeachtet des Gesundheitszustandes kein Risikozuschlag erhoben werden. Dies gilt für diejenigen, die aus einem anderen Tarif in den Basistarif wechseln, ebenso wie für Personen, die eine private Krankenversicherung neu abschließen.

Dennoch wird vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Bei einem erhöhten Risiko darf der Versicherer einen sogenannten **fiktiven Risikozuschlag** festlegen. Diese Information wird zunächst für den unternehmensübergreifenden → **Risikoausgleich** gemäß § 154 VAG benötigt. Für die Versicherten erhält er erst eine Bedeutung, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt in einen anderen Tarif wechseln möchten: Besteht das erhöhte Risiko weiterhin, muss die oder der Versicherte den Risikozuschlag zahlen. Bietet der neue Tarif Mehrleistungen gegenüber dem Basistarif, erfolgt für diese eine erneute Gesundheitsprüfung. Das gilt sowohl bei Rückkehr aus dem Basistarif in einen Normaltarif als auch bei erstmaligem Wechsel in einen Normaltarif. Je nach Einschätzung des Risikos ist dann ggf. für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag zu zahlen oder der Wechsel kann aufgrund der Vorerkrankungen sogar abgelehnt werden.

Sonderregelung (§ 204 Abs. 2 VVG)

Seit dem 16. März 2020 gibt es eine **Sonderregelung** bezüglich sozialer Hilfebedürftigkeit und Rückkehr aus dem Basistarif. Versicherte, die sozial hilfebedürftig sind oder durch Zahlung des PKV-Beitrags würden und deshalb in den Basistarif wechseln, können später unter bestimmten Voraussetzungen wieder in ihren ursprünglichen Tarif zurückkehren. Die Rahmenbedingungen sind:

- Die Hilfebedürftigkeit muss innerhalb von zwei Jahren nach Wechsel in den Basistarif enden.
- Die Rückkehr in den Ursprungstarif muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit beantragt werden.
- Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt.
- Zwischenzeitliche Beitragsanpassungen im Ursprungstarif gelten grundsätzlich auch für Rückkehrende. Allerdings werden nur die Alterungsrückstellungen berücksichtigt, die im Basistarif gebildet wurden. Sind diese geringer als im Ursprungstarif, erhöht dies den Beitrag.

5. Der Notlagentarif

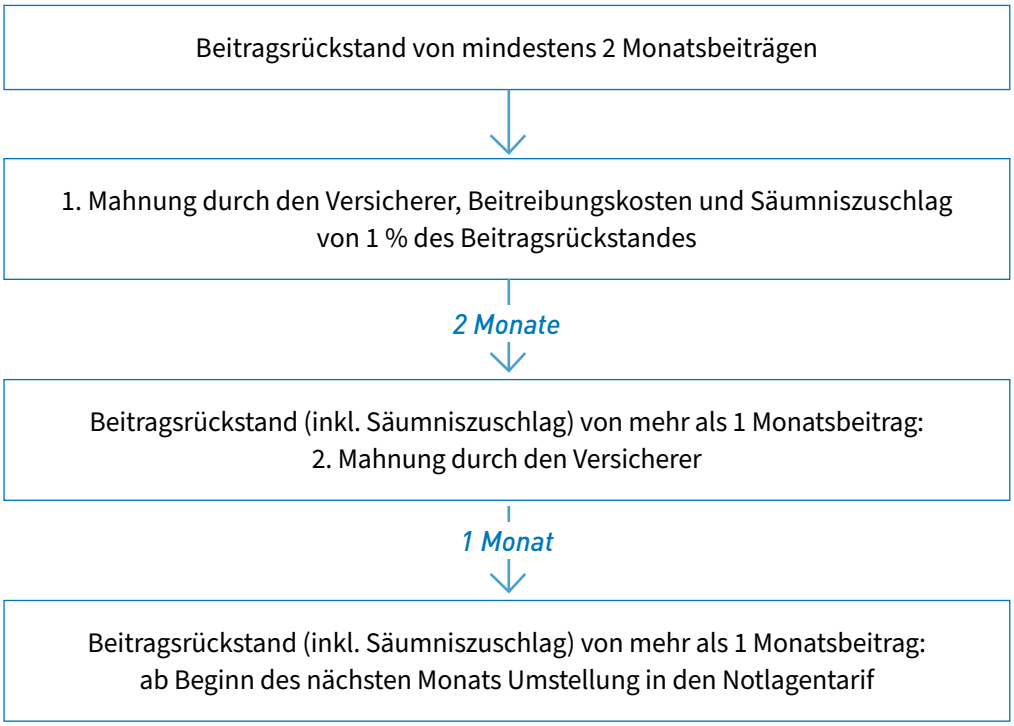
Der 2013 durch den Gesetzgeber eingeführte Notlagentarif stellt eine Besonderheit dar. Anders als der Standardtarif, der Basistarif oder andere günstige Tarife ist der Notlagentarif **kein Instrument, um dauerhaft den Beitrag zu senken**. Der Notlagentarif ist gedacht für Versicherte, die bei ihrem PKV-Beitrag in Zahlungsverzug gekommen sind und keinen Antrag auf Beitragsstundung oder Wechsel in einen günstigeren Tarif stellen. Diese Menschen sollen mit dem Notlagentarif vor einer Überschuldung durch nicht gezahlte Krankenversicherungsbeiträge geschützt werden. Deshalb können sich Versicherte auch nicht bewusst für diesen Tarif entscheiden. Kein Versicherungsunternehmen listet den Notlagentarif in seinen Tarifangeboten auf. Stattdessen werden Versicherte in den Notlagentarif umgestuft, wenn sie über mehrere Monate mit ihren Beiträgen im Rückstand sind. Es erfolgt also kein Tarifwechsel im eigentlichen Sinn. Der Versicherungsschutz im Notlagentarif ist zwar sehr eingeschränkt, um einen möglichst günstigen Beitrag zu erreichen, er umfasst aber die notwendigsten medizinischen Leistungen.

Auch bei Versicherung im Notlagentarif steht es den PKV-Unternehmen frei, aufgrund von Beitragsschulden einen SCHUFA-Eintrag oder Pfändungsmaßnahmen in die Wege zu leiten.

5.1 Wer wird im Notlagentarif versichert?

Wie beim Standard- und Basistarif auch ist genau festgelegt, wer im Notlagentarif versichert wird. Sofern die oder der betroffene Versicherte mit der Versicherung keine Beitragsstundung und Ratenzahlung vereinbart, gilt bei Beitragsschulden der folgende Ablauf:

§ 193 Abs. 6 bis 9 VVG



Der Versicherer muss bei der zweiten Mahnung darauf hinweisen, dass der Versicherungsvertrag zum Beginn des übernächsten Monats ruhend gestellt wird, wenn die Beitragsschuld einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag ist. Sobald der Versicherungsvertrag ruht, gilt die oder der Versicherte als im Notlagentarif versichert – und zwar so lange, bis alle Zahlungsrückstände beglichen sind. Diese Regelung kann auch dann nicht ausgesetzt werden, wenn die oder der Versicherte im Notlagentarif eine Stundung oder Ratenzahlung mit dem Versicherer vereinbart oder einen Insolvenzantrag stellt.

Sobald alle rückständigen Versicherungsbeiträge, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt sind, ist die bzw. der Versicherte ab dem ersten Tag des übernächsten Monats automatisch wieder im ursprünglichen Tarif versichert. Wer also beispielsweise im April alle Rückstände begleicht, ist ab dem 1. Juni nicht mehr im Notlagentarif versichert. Die Versicherten werden von ihrer Krankenversicherung informiert, zu welchem Zeitpunkt die Versicherung im Notlagentarif endet.

***Hilfebedürftige** im Sinne des Sozialrechts werden nicht im Notlagentarif versichert. Sie erhalten vom Staat einen Zuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag und können in den Basistarif wechseln.*

Ab Rückkehr in den ursprünglichen Tarif gilt der frühere Versicherungsschutz wieder vollumfänglich. Der Beitrag wird jedoch vom früheren Beitrag abweichen: Zum einen müssen zwischenzeitlich erfolgte Beitragsanpassungen berücksichtigt werden. Zum anderen ist ein (erneuter) Aufbau von Alterungsrückstellungen notwendig, da während der Zeit im Notlagentarif keine weiteren Alterungsrückstellungen gebildet wurden bzw. ein Teil der bestehenden Alterungsrückstellungen zugunsten einer günstigeren Prämie im Notlagentarif abgebaut wurde (→ Kapitel 5.2). Auch deshalb ist der Notlagentarif für die Versicherten nur eine Problemlösung auf Zeit.

5.2 Welcher Beitrag ist im Notlagentarif zu zahlen?

Jedes PKV-Unternehmen kalkuliert für seinen Versichertenbestand einen einheitlichen Beitrag für den Notlagentarif. Der Gesundheitszustand der einzelnen Versicherten hat keinen Einfluss auf ihre jeweilige Prämie. Es gibt weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Auch → Selbstbehalte sind im Tarif für die versicherten Leistungen nicht vorgesehen.

Keine Bildung von Alterungsrückstellungen

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden im Notlagentarif keine → Alterungsrückstellungen gebildet. Die sonst in der PKV übliche Form der Altersvorsorge ist für diesen Tarif zum einen nicht notwendig, da er nur eine Art Zwischenstation für die Versicherten ist. Zum anderen können dadurch die Beiträge möglichst gering gehalten werden, so dass die Versicherten schneller ihre Beitragsschulden begleichen und in ihre Ursprungstarife zurückkehren können.

Anrechnung von Alterungsrückstellungen

Trotz der Maßgaben zur Vereinheitlichung (keine Risikozuschläge, Selbstbehalte und Bildung von Alterungsrückstellungen) unterscheiden sich die individuellen Beiträge der Versicherten im Notlagentarif. Der Grund hierfür ist, dass auf den individuellen Beitrag die während der Versicherungsdauer gebildeten Alterungsrückstellungen angerechnet werden. Bis zu 25 Prozent des monatlichen Beitrags zum Notlagentarif dürfen aus den Alterungsrückstellungen finanziert werden. Die

übrigen Alterungsrückstellungen der Versicherten „parkt“ und verzinst das PKV-Unternehmen für die spätere Rückkehr in den alten Tarif. Je länger die Versicherung bereits besteht und je umfassender der bisherige Versicherungsschutz war, desto geringer ist deshalb der individuelle Beitrag im Notlagentarif.

Zuschuss zum Beitrag

Abhängig Beschäftigte erhalten für ihre Versicherung im Notlagentarif einen → Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Auch Rentnerinnen und Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags.

Für Beihilfeempfängerinnen und -empfänger (z. B. Beamte) gibt es den Notlagentarif in einer beihilfekonformen Variante. Der Beitrag entspricht dann dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Beitragsbegrenzung (§ 152 Abs. 3 und 4 VAG)

Der Beitrag im Notlagentarif ist begrenzt. Er entspricht dem **Höchstbeitrag zum Basistarif** und wird anhand folgender Werte berechnet:

jeweils gültiger **Höchstbeitrag in der GKV**
(→ Beitragsbemessungsgrenze (Monat) x allgemeiner Beitragssatz der GKV)
und
durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen
(jährliche Festlegung durch das BMG)

Berechnung des Höchstbeitrags im Notlagentarif für 2024:

(5.175,00 Euro x 14,6 %) + (5.175,00 Euro x 1,7 %) = 843,52 Euro

In der Praxis hat die **Höchstbeitragsregelung keine Bedeutung**, denn die Beiträge im Notlagentarif liegen deutlich darunter: durchschnittlich bei **ca. 135 Euro**.

Säumniszuschläge *fallen auch im Notlagentarif an. Wer mit seinem Beitrag für den Notlagentarif in Verzug gerät, muss deshalb auch hier einen Säumniszuschlag von 1 Prozent auf den ausstehenden Beitrag zahlen.*

Wer im Notlagentarif versichert ist, muss weiterhin Beiträge zur ***Pflegepflichtversicherung*** *zahlen.*

5.3 Welche Leistungen sind im Notlagentarif versichert?

Der Notlagentarif ist ein verbandseinheitlicher Tarif, d. h. der Versicherungsumfang ist bei allen PKV-Unternehmen gleich: Der Versicherer erstattet nur die Behandlungskosten bei **akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen**. Diese starke Einschränkung des Versicherungsschutzes hat zwei Gründe: Zum einen trägt sie zu einem geringen Beitrag bei, so dass die Versicherten bestehende Beitragsschulden schneller begleichen können. Zum anderen vermindert sie die Attraktivität des Tarifs so enorm, dass Versicherte nicht aus Kostengründen den Weg in den Notlagentarif suchen.

Bei **schwangeren Versicherten** umfasst der Versicherungsschutz auch die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung durch die Ärztin bzw. den Arzt und die Hebamme. Die PKV erstattet auch die Entbindung und die Betreuung während und nach der Geburt.

Kinder und Jugendliche genießen auch im Notlagentarif einen umfänglichen Versicherungsschutz. Bei ihnen ist lediglich Voraussetzung, dass eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist – so wie auch in anderen Tarifen. Auch Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zahlt die PKV bis zum Alter von 18 Jahren.

Im Notlagentarif bestehen **keine Wartezeiten**.

Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, kann der Versicherer verlangen, dass **Zusatzversicherungen** ruhen.

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen** bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen durch **Vertragsärztinnen und Vertragsärzte**, also die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung zugelassenen sogenannten Kassenärztinnen und -ärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden;
- **schmerzstillende Zahnbehandlungen** und dadurch notwendige Zahnfüllungen durch **Vertragsärztinnen und -ärzte**, nicht jedoch Zahnersatz; **kieferorthopädische Behandlungen von Versicherten unter 18 Jahren** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent, sofern die Behandlung bereits deutlich vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und nicht aufgeschoben werden kann.
- **allgemeine Krankenhausleistungen** im nächstgelegenen öffentlichen Krankenhaus, das für die Behandlung geeignet ist; für die Behandlung durch Belegärztinnen und -ärzte muss die Abrechnung gemäß den → für den Notlagentarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;
- **verschreibungspflichtige Arzneimittel**, **Verbandmittel** sowie **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise verordnet werden können. Die Versicherten müssen die Arznei- und Verbandmittel jeweils von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin verordnet bekommen und innerhalb von 10 Tagen aus der Apotheke beziehen. Bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln erstattet der Versicherer in der Regel nur die Kosten für die drei preisgünstigsten;
- von einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin verordnete **Heilmittel für Kinder und Jugendliche**, sofern die Behandlung bereits deutlich vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und medizinisch zwingend erforderlich ist. Maßgeblich sind die Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der GKV-Heilmittelkatalog.

- **Hilfsmittel in Standardausführung**, die von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Innerhalb von 10 Tagen nach Verordnung muss hierfür die Zusage des Versicherers beantragt werden.

Weitere Informationen zum Umfang der Leistungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT), die Sie unter → *www.privat-patienten.de/versicherungsbedingungen* finden.

Bei **länger andauernden Behandlungen** gilt folgende Regelung: Für die Kostenerstattung wird auf den Tag genau die Umstufung vom Normaltarif in den Notlagentarif („Stichtag 1“) und die Umstufung vom Notlagentarif in den Normaltarif („Stichtag 2“) beachtet.

Wurde eine Behandlung im Normaltarif begonnen, werden ab Stichtag 1 erfolgte Behandlungsleistungen nach den Sätzen im Notlagentarif (→ Kapitel 5.4) erstattet, sofern sie hier Bestandteil des Versicherungsschutzes sind.

Wurde eine Behandlung im Notlagentarif oder sogar zuvor begonnen, werden ab Stichtag 2 erfolgte Behandlungsleistungen zu den Bedingungen des Normaltarifs erstattet. Das gilt unabhängig davon, ob die Behandlung im Notlagentarif erstattungsfähig war oder nicht.

5.4 Als Versicherte im Notlagentarif beim Arzt

Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 3a SGB V)

Versicherte im Notlagentarif können sich von allen Ärzten und Ärztinnen, Zahnärztinnen und Zahnärzten behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind (sogenannte Kassenärztinnen und -ärzte). Wie bei gesetzlich Versicherten sowie Versicherten im Standard- und Basistarif ist die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Versicherte im Notlagentarif, die in ihrem alten Tarif eine Card für Privatversicherte hatten, dürfen diese nicht mehr verwenden, sondern müssen sie unverzüglich an ihren Versicherer zurückgeben.

Für den Notlagentarif geltende Gebührensätze

Vor Behandlungsbeginn müssen die Versicherten den (Zahn-)Arzt bzw. die (Zahn-)Ärztin unbedingt darauf hinweisen, dass sie im Notlagentarif versichert sind. Denn nur in diesem Fall sind Arzt und Ärztin an die Gebührensätze gebunden, die für den Notlagentarif gelten: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,8-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,38-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 1,16-Fachen (GOÄ).

Wie für die PKV üblich, erhalten auch im Notlagentarif Versicherte nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die sie dann an ihre PKV weiterreichen können. Allerdings haften im Notlagentarif Versicherte und Versicherer gegenüber den Ärztinnen, Ärzten und anderen Leistungserbringenden gesamtschuldnerisch. Das bedeutet: Die Arztpraxis (oder auch ein anderer Leistungserbringer, z. B. eine Physiotherapeutin) kann ihre Leistungen direkt der Krankenversicherung des bzw. der Notlagentarif-Versicherten in Rechnung stellen.

Die private Krankenversicherung begleicht die Rechnung soweit, wie sie durch den Notlagentarif gedeckt ist. Das gilt bei der Direktabrechnung ebenso wie im Fall, dass

die Versicherten eine Rechnung zur Kostenerstattung einreichen. Beträge über den für den Notlagentarif festgelegten Gebührensätzen muss die Krankenversicherung nicht zahlen. Ebenso wenig muss sie Leistungen vergüten, die nicht im Versicherungsschutz des Notlagentarifs enthalten sind.

6. Fallbeispiele

1. Wer über einen längeren Zeitraum nicht versichert war und einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif hat, muss Prämienzuschläge für die nicht-versicherte Zeit zahlen. Was passiert, wenn die Betroffenen die Prämienzuschläge nicht zahlen können? Ab wann sind sie dann versichert? Und kommen sie direkt in den Notlagentarif?

Gesetzliche Grundlage: §§ 193 Abs. 4 ff. VVG

Der Versicherungsschutz im Basistarif beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Das gilt unabhängig davon, ob noch Prämienzuschläge für die Zeit der Nichtversicherung zu zahlen sind. Kann ein Neuversicherter oder eine Neuversicherte die Beiträge und Prämienzuschläge nicht zahlen, erfolgt das übliche → Mahnverfahren. Erst am Ende dieses Verfahrens und bei weiterbestehenden Beitragsschulden werden Versicherte in den Notlagentarif umgestellt. Hilfebedürftige im Sinne des Sozialrechts kommen nicht in den Notlagentarif. Sie erhalten im notwendigen Umfang → Zuschüsse zum Beitrag im Basistarif.

2. Versicherte im Basistarif müssen bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nur den → halbierten Höchstbeitrag zahlen. Wird ein Prämienzuschlag (Strafbeitrag wegen Nichtversicherung) dann auf Grundlage dieses reduzierten Beitrags berechnet? Welche Unterlagen sind dafür erforderlich?

Maßgeblich für den Prämienzuschlag wegen Nichtversicherung ist immer der Monatsbeitrag bei Versicherungsbeginn. Neuversicherte, die bereits hilfebedürftig sind oder es durch Zahlung des Beitrags zum Basistarif würden, müssen von Beginn an nur den halben Höchstbeitrag zahlen. Entsprechend ist auch der Prämienzuschlag für die gesamte nichtversicherte Zeit auf die Hälfte reduziert. Das gilt auch dann, wenn die Hilfebedürftigkeit im Laufe der Versicherungszeit endet und der Prämienzuschlag noch nicht vollständig beglichen ist.

Damit der Beitrag auf die Hälfte reduziert und ein geringerer Prämienzuschlag erhoben wird, müssen die betroffenen Versicherten ihre Hilfebedürftigkeit nachweisen. Hierfür müssen sie dem PKV-Unternehmen eine Bescheinigung des zuständigen Sozialhilfeträgers vorlegen.

3. Ein selbstständiger privatversicherter Handwerker kommt mit seinem Versicherungsbeitrag in Zahlungsverzug, da zwei Großkunden ihre Rechnungen noch nicht beglichen haben. Die Versicherung stuft ihn schließlich in den Notlagentarif um. Nach einer notwendigen Arztbehandlung reicht er die Rechnung über mehrere Hundert Euro beim Versicherer ein. Darf dieser den zu erstattenden Betrag mit den Beitragsschulden verrechnen?

Die privaten Krankenversicherer dürfen grundsätzlich rückständige Beiträge gegen Kostenerstattungsansprüche der Versicherten aufrechnen. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs war das zunächst auch im Notlagentarif zulässig (Urteil vom 5. Dezember 2018; Az. IV ZR 81/18). Seit dem 20. Juli 2021 ist dies bei Versicherten im Notlagentarif und Basistarif nicht mehr möglich – weder für die Kranken- noch für die Pflegeversicherung.

Gesetzliche Grundlage: § 192 Abs. 7 VVG

4. Unmittelbar nach einer mehrjährigen Gefängnisstrafe stellt der gerade Entlassene einen Antrag auf Wiederaufnahme bei der PKV, bei der er bis zu seinem Haftantritt versichert war. Darf das Versicherungsunternehmen die Aufnahme ablehnen?

Mit Haftantritt entsteht nach dem Strafvollzugsgesetz Anspruch auf kostenlose Gesundheitsfürsorge und die private Krankenversicherung kann gekündigt werden. Für die aus der Haft Entlassenen gilt dann wieder die → Pflicht zur Versicherung. Ehemals Privatversicherte müssen in der Regel wieder eine private Krankenversicherung abschließen, sofern sie nicht versicherungspflichtig in der GKV werden. Der frühere Versicherer ist jedoch nicht zur Aufnahme in den alten Tarif verpflichtet, sondern kann sie z. B. aufgrund des Gesundheitsrisikos ablehnen. Der ehemals Versicherte hat grundsätzlich keine Rechte aus seinem alten Vertrag.

Allerdings hat die betreffende Person das Recht, beim PKV-Unternehmen seiner Wahl in den Basistarif aufgenommen zu werden (→ Kapitel 4.1). Lediglich der frühere Versicherer darf die Aufnahme ablehnen, sofern dieser den ursprünglichen Versicherungsvertrag außerordentlich gekündigt oder angefochten hatte oder davon zurückgetreten war.

Um Schwierigkeiten bei der Rückkehr in die PKV zu vermeiden, bietet sich üblicherweise der Abschluss einer → Anwartschaftsversicherung an. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat dann keine Auswirkung auf Aufnahme und Versicherungsbeitrag.

5. Ein EU-Bürger betreibt ein Gewerbe (Kleinunternehmen), war noch nie krankenversichert und möchte jetzt eine Krankenversicherung abschließen. Kann er sich privat oder gesetzlich versichern?

Wer seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat, muss in der Regel auch eine Krankenversicherung in Deutschland haben. Damit besteht auch ein Anspruch auf Aufnahme in die PKV oder GKV. Welches Versicherungssystem im jeweiligen Fall das gültige ist, muss geprüft werden. Für Personen, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, ist das in der Regel die PKV. Damit gilt das Recht auf Aufnahme in den Basistarif bei einem beliebigen PKV-Unternehmen.

Glossar

→ Alterungsrückstellungen

Die Private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt.

Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die zu erwartenden Leistungen. Die Differenz wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen.

→ Anwartschaftsversicherung

Eine Anwartschaftsversicherung garantiert das (Wieder-)Aufleben eines Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Die PKV unterscheidet zwischen der kleinen und großen Anwartschaft: Die kleine Anwartschaft erspart später eine neuerliche Gesundheitsprüfung. Bei der großen Anwartschaft werden zusätzlich Alterungsrückstellungen gebildet. Dadurch ist der Anwartschaftsbeitrag höher, der spätere Versicherungsbeitrag jedoch geringer.

Eine Anwartschaft bietet sich für Versicherte an, die vorübergehend in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen oder für eine Weile ins Ausland ziehen. Ebenso empfiehlt sie sich für Personen mit freier Heilfürsorge, die im Ruhestand zusätzlich zu ihrer Beihilfe eine Krankenversicherung benötigen.

→ Arbeitgeberzuschuss

Privatversicherte erhalten einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag. Auch zum Versicherungsbeitrag der Angehörigen zahlen die Arbeitgeber einen Zuschuss, wenn sie bei gesetzlicher Krankenversicherung des bzw. der Beschäftigten familienversichert (↗ *§ 10 SGB V*) wären.

Der Arbeitgeberzuschuss ist auf die Hälfte des Beitrages begrenzt, den die oder der Beschäftigte für die eigene Krankenversicherung und ggf. die von Angehörigen tatsächlich zu zahlen hat.

Darüber hinaus ist der Arbeitgeberzuschuss begrenzt auf den Anteil, den der Arbeitgeber höchstens zu zahlen hätte, wenn der bzw. die Beschäftigte nicht privat, sondern gesetzlich versichert wäre. Dieser Anteil berechnet sich aus dem halben allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (2024: 14,6 %; ½ = 7,3 %) und dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen (2024: 1,7 %; ½ = 0,85 %) unter Zugrundelegung des Arbeitsentgelts des oder der Privatversicherten. Liegt das Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze, wird nur das Einkommen bis zur Grenze für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses berücksichtigt. Daraus ergibt sich ein maximaler Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankenversicherung.

Für 2024 gilt daher:

5.175,00 Euro	Beitragsbemessungsgrenze
x (0,146 + 0,017)	(allg. Beitragssatz + durchschnittl. Zusatzbeitragssatz)
/ 2	
= 421,76 Euro	maximaler Arbeitgeberzuschuss zur PKV

→ Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt an, bis zu welcher Höhe das Einkommen gesetzlich Versicherter für die Berechnung ihres Krankenversicherungsbeitrags berücksichtigt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich entsprechend der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Sie liegt 2024 bei 5.175,00 Euro (Monat).

Für die PKV ist sie im Zusammenhang mit dem maximalen **Arbeitgeberzuschuss** und dem **Höchstbeitrag im → Standardtarif und → Basistarif** von Bedeutung.

→ Beitragsrückerstattung

Die privaten Krankenversicherer sehen in zahlreichen Tarifen die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung vor: Versicherte, die über einen längeren Zeitraum keine **Rechnungen** bei ihrem Versicherer einreichen, erhalten Geld zurückerstattet. Die Höhe der Beitragsrückerstattung ist für den jeweiligen Tarif vertraglich festgelegt. In der Regel liegt sie bei ein bis mehreren Monatsbeiträgen und ist umso höher, je länger die oder der Versicherte keine Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt.

Zudem zahlen viele Versicherer einen kleineren Teil der Beiträge an Versicherte zurück, die nur ein bis maximal zwei Mal im Jahr Rechnungen eingereicht haben.

Weitere Informationen zur Beitragsrückerstattung und zur Beitragskalkulation insgesamt finden Sie unter ↗ *www.pkv.de/wissen/beitraege/beitragskalkulation*.

→ Selbstbehalt

In den meisten Tarifen haben die Versicherten einen Eigenanteil an den Krankheitskosten. Dieser kann prozentual sein, in Abhängigkeit von den entstandenen Kosten. Die andere Variante ist der absolute Selbstbehalt. In diesem Fall zahlen die Versicherten sämtliche Krankheitskosten im Jahr bis zu einer vereinbarten Summe selbst. Sie reichen die Rechnungen erst bei ihrer Versicherung ein, wenn alle Beträge zusammen den Selbstbehalt übersteigen. Die Versicherung erstattet dann die Kosten oberhalb des Selbstbehalts. Grundsätzlich gilt: Je höher der vereinbarte Selbstbehalt ist, desto günstiger fällt der Versicherungsbeitrag aus. Laut Gesetz (↗ *§ 193 VVG*) darf der Selbstbehalt pro Jahr und Person für die ambulante und stationäre Behandlung 5.000 Euro nicht übersteigen.

→ Überzinsen

Jede private Krankenversicherung legt bei der Beitragskalkulation einen bestimmten Zinssatz zugrunde, den Rechnungszins. Erreicht sie am Kapitalmarkt eine Verzinsung über dem Rechnungszins, werden diese übersteigenden Zinsen Überzinsen genannt.

INFORMATIONEN ZUM

Standardtarif

Zur Vorlage in der (Zahn-)Arztpraxis, wenn es Fragen zur Vergütung im Standardtarif gibt.

Der Standardtarif hat eine **finanzielle Schutzfunktion**. Um diese gewährleisten zu können, sind die Vergütungssätze geringer als bei anderen PKV-Tarifen. Gleichwohl ist die Honorierung insgesamt oft höher als das GKV-Niveau, denn die (Zahn-)Ärzte und Ärztinnen haben auch im Standardtarif deutlich größere **Therapiefreiheiten** als in der GKV, was sich auch auf ihre Vergütung auswirkt. So gibt es

- keine Begrenzung auf Regelleistungen wie in der GKV
- kein Wirtschaftlichkeitsgebot und damit keine Beschränkung auf die günstigsten Behandlungsalternativen
- keine Budgetierung
- bei der Verordnung von Arzneimitteln keine Festbeträge, keine Generikavorschriften und keine Verweisung auf Rabattverträge.

Die Private Krankenversicherung erstattet im Standardtarif die im Gesetz vorgesehenen reduzierten Gebührensätze (§ 5b GOÄ i. V. m. § 75 Abs. 3a SGB V):

1,8-fach (GOÄ)	–	persönliche ärztliche Leistungen
2,0-fach (GOZ)	–	persönliche zahnärztliche Leistungen
1,38-fach (GOÄ)	–	medizinisch-technische Leistungen
1,16-fach (GOÄ)	–	Laboratoriumsuntersuchungen

Der Standardtarif ist die Lösung für langjährig Privatversicherte, die einen finanziell möglichst günstigen Tarif benötigen. Sie erhalten dafür einen Versicherungsschutz, der mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Es werden alle medizinisch notwendigen Heilbehandlungen erstattet. Die ärztliche Versorgung ist über die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen.

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Heidestraße 40
10557 Berlin

Web: www.privat-patienten.de
E-Mail: privat-patienten@pkv.de

INFORMATIONEN ZUM

Basistarif

Zur Vorlage in der (Zahn-)Arztpraxis, wenn es Fragen zur Vergütung im Basistarif gibt.

Der Basistarif hat eine **soziale Schutzfunktion**. Die Leistungen sind vom Gesetzgeber definiert und mit den Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar. Die Private Krankenversicherung (PKV) ist gesetzlich verpflichtet, diesen Tarif anzubieten. Die Vergütungssätze sind geringer als bei anderen PKV-Tarifen.

Die Vergütung für die im Basistarif versicherten Leistungen wurde auf gesetzlicher Grundlage zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den Kostenträgern der Beihilfe für die **Gebührenordnung für Ärzte** geregelt (§ 75 Abs. 3b SGB V):

- 1,2-facher Gebührensatz für Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- 1,0-facher Gebührensatz für GOÄ-Kapitel A, E, O (technische Leistungen)
- 0,9-facher Gebührensatz für GOÄ-Kapitel M und GOÄ-Nr. 437 (Laborleistungen)

Für im Basistarif versicherte Leistungen, die nach der **Gebührenordnung für Zahnärzte** (GOZ) zu vergüten sind, darf bis zum 2,0-fachen des Gebührensatzes der GOZ berechnet werden (§ 75 Abs. 3a SGB V).

Eine Direktabrechnung zwischen (Zahn)Arztpraxis und Versicherungsunternehmen ist möglich. Grundlagen hierbei sind die im Basistarif versicherten Leistungen und die oben genannten Gebührensätze.

Wie bei gesetzlich Versicherten haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) den Auftrag, die ärztliche Versorgung der im Basistarif Versicherten sicherzustellen (§ 75 Abs. 3a SGB V).

Hinweis: Basistarifversicherte sind verpflichtet, vor Behandlungsbeginn den Ausweis über die Versicherung im Basistarif vorzulegen.

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Heidestraße 40
10557 Berlin

Web: www.privat-patienten.de
E-Mail: privat-patienten@pkv.de

Stand: April 2024

Bildnachweis: Titel: skynesher/istockphoto; Seite 4: gettyimages/Images-Bazaar; Seite 6: gettyimages/Image Source; Seite 12: shutterstock/Alexander Raths; Seite 15: gettyimages/Guido Mieth; Seite 17: shutterstock/George Rudy; Seite 23: gettyimages/domin_domin

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Heidestraße 40 · 10557 Berlin

Telefon (0221) 99 87-0
kontakt@pkv.de

www.pkv.de
www.privat-patienten.de