

## **Infoblatt – Spezielle PKV-Tarife: Basis-, Standard- und Notlagentarif**

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) wurde 1982 gegründet und ist mit ca. 50.000 Mitgliedern die einzige Organisation in Deutschland, die vollkommen unabhängig für die Rechte der Versicherten eintritt. Er ist somit eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands und ein politisches Gegengewicht zur Versicherungslobby.

Er informiert Verbraucher\*innen zu privaten Versicherungen. Seinen Mitgliedern hilft er bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen.

Dieses Infoblatt soll Ihnen die wichtigsten Informationen zu den speziellen PKV-Tarifen Basis-, Standard- und Notlagentarif geben, die vom Verband der Privaten Krankenversicherung als Sozialtarife bezeichnet werden. Es dient als Ergänzung zum Infoblatt „Private Krankenversicherung (PKV)“, dem Sie bitte zuerst die Grundinformationen zum Thema PKV entnehmen mögen.

Sämtliche Infoblätter werden regelmäßig aktualisiert und können jederzeit unter <https://www.bunddersicherten.de> als PDF-Datei heruntergeladen werden. Die Informationen im Infoblatt ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung.

- 1. Das Wichtigste auf einen Blick**
- 2. Das ist der Basistarif**
- 3. Das ist der Standardtarif**
- 4. Das ist der Notlagentarif**

## 1. Das Wichtigste auf einen Blick

Der Basistarif und der Standardtarif sind spezielle brancheneinheitliche PKV-Tarife. Der Basistarif bietet Leistungen, die mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitgehend vergleichbar sind. Die Leistungen des Standardtarifs orientieren sich dagegen nur an denen der GKV. Er ist leistungsschwächer als der Basistarif. Der Beitrag für den Basistarif ist auf den GKV-Höchstbeitrag zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV begrenzt (2019: 703,32 Euro), der für den Standardtarif auf den GKV-Höchstbeitrag (2019: 662,48 Euro). Jedoch ist der Beitrag für den Standardtarif meistens viel günstiger als der für den Basistarif.

Der Basistarif kann sich z. B. für Privatversicherte anbieten, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind. Ihr Beitrag reduziert sich so auf die Hälfte des GKV-Höchstbeitrags. Können die Versicherten auch diesen reduzierten Beitrag nicht zahlen, übernimmt der Sozialhilfeträger einen weiteren Anteil oder sogar den kompletten Beitrag. Der Basistarif bietet auch eine geeignete Lösung für Nichtversicherte mit Vorerkrankungen, die keinen normalen Tarif bekommen.

Wer zum oder nach dem 1. Januar 2009 seine PKV abgeschlossen hat, kann jederzeit in den Basistarif seines oder eines beliebigen PKV-Unternehmens wechseln. Wenn die PKV schon davor bestand, ist ein Wechsel in den Basistarif des aktuellen Versicherers nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen möglich.

Der Wechsel in den Standardtarif innerhalb eines PKV-Unternehmens kann eine Alternative für langjährig Versicherte sein, weil sich ihre Alterungsrückstellungen beitragsreduzierend auswirken. Dadurch liegt der Beitrag meistens deutlich unter dem Höchstbeitrag der GKV. Der Standardtarif steht für Versicherte offen, die vor dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselt sind, seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert sind und weitere Voraussetzungen erfüllen. Bevor Sie allerdings einen Wechsel in den Standardtarif vornehmen, sollten Sie zuerst prüfen, ob der Wechsel in andere normale Tarife Ihres Krankenversicherers eine geeignete Lösung darstellt.

Der Notlagentarif kann im Gegensatz zum Basis- und Standardtarif nicht frei gewählt werden. Zahlen Sie über mehrere Monate Ihre Prämie nicht, kann Ihr Versicherer Sie bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen in den Notlagentarif umstellen (Details siehe unter 4.). Der Notlagentarif erstattet nur die Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Für Kinder und Jugendliche werden die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erstattet. Der Beitrag ist bei jedem Versicherer einheitlich kalkuliert und liegt je nach Versicherer etwa im Bereich von 80 bis 120 Euro monatlich.

## 2. Das ist der Basistarif

Zum 1. Januar 2009 ist der brancheneinheitliche Basistarif in der PKV eingeführt worden. Er enthält ein Leistungsangebot, das mit jenem der GKV in Art, Umfang und Höhe weitgehend vergleichbar ist. Künftige Leistungsveränderungen und somit auch Leistungskürzungen in der GKV werden im Basistarif entsprechend übernommen.

Basistarifversicherte leisten die gleichen Zuzahlungen wie gesetzlich Versicherte. Die sonst üblichen Wartezeiten in der PKV von drei und acht Monaten gelten nicht.

**Beitrag:** Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter, nicht jedoch nach dem Gesundheitsstatus. Dennoch wird eine Risikoprüfung vorgenommen, falls Sie später vom Basistarif in einen anderen Tarif wechseln wollen. Es besteht ein Annahmewang (Kontrahierungszwang). Das ist die gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen, Sie aufzunehmen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge dürfen im Basistarif nicht verlangt werden.

Jedoch gibt es Ausnahmen vom Annahmewang: Der Antrag darf abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei diesem PKV-Unternehmen versichert war und dieses den Vertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder wegen vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

Überschreitet der Beitrag kalkulatorisch den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV, erfolgt eine Kappung: Dieser Beitrag beträgt monatlich maximal 703,32 Euro (2019). Auch bei Ehepaaren zahlt jede Person – wie in der PKV üblich – ihren eigenen Beitrag. Der Beitrag des Basistarifs ist oft höher als der für einen Normaltarif oder auch den Standardtarif.

Auch PKV-Bestandsversicherte, die in den Basistarif ihres Unternehmens wechseln, zahlen – trotz Anrechnung ihrer angesparten Alterungsrückstellungen – meistens den Höchstbeitrag.

**Arztwahl sowie ärztliche Vergütung und Versorgung:** Frei steht den Versicherten im Basistarif nur die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten, die eine kassen(zahn)ärztliche Zulassung haben.

Für die Vergütung der Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden.

Die Abrechnung von Leistungen wird zwischen Arzt und Patient abgewickelt, wie in der PKV üblich. Es gilt ein Höchstsatz von 2,0fach für die zahnärztliche Behandlung. Dagegen wird bei ärztlicher Heilbehandlung seit dem 1. April 2010 nur noch der 1,2fache Satz vom Versicherer erstattet.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif soll über die Kassenärztlichen sowie Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und deren Vertragsärzte sichergestellt werden. In der Praxis kommt es aber vor, dass Ärzte die Basistarifversicherten nur gegen höheres Honorar behandeln.

**Voraussetzung für die Aufnahme:** Für Bestandsversicherte (vor 2009 in der PKV) ist ein Wechsel in den Basistarif ihres Krankenversicherers nur möglich

- nach Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- bei Erhalt eines Ruhegehaltes nach beamtenrechtlichen oder ähnlichen Vorschriften oder
- bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts.

Privatversicherte mit Vertragsabschluss seit dem 1. Januar 2009 haben jederzeit das Recht, ohne Beschränkungen in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens – unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs – zu wechseln. Zudem sind die PKV-Unternehmen verpflichtet, diese Personen im Basistarif aufzunehmen:

- Alle seit Januar 2009 freiwillig in der GKV Versicherten können sich innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung ihrer Versicherungspflicht im Basistarif versichern.
- Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der GKV versicherungspflichtig sind, noch Leistungen nach dem AsylbLG beanspruchen können, noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).
- Beihilfeberechtigte, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.

**Hilfebedürftigkeit:** Falls Sie hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind, müssen Sie sich dies vom zuständigen Träger, der Bundesagentur für Arbeit oder dem Sozialamt, per Antrag bescheinigen lassen. Die Bescheinigung legen Sie Ihrem PKV-Unternehmen vor.

Privatversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld erhalten einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen im angemessenen Umfang. Als angemessen ist eine Versicherung im Basistarif anzusehen, deren Leistungen denen der GKV im Wesentlichen entsprechen und deren Beitragshöhe begrenzt ist. Der Beitrag darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur GKV.

Besteht Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II halbiert sich der Beitrag zum Basistarif. Als Zuschuss wird vom zuständigen Sozialträger maximal der halbierte Beitrag im Basistarif übernommen (BSG), 16.10.2012, Az. B 14 AS 11/12 R; BSG, 18.01.2011, Az. B 4 AS 108/10 R).

**Leistungskatalog:** Der Basistarif ist mit dem Leistungskatalog der GKV weitgehend vergleichbar. Werden für die GKV Leistungskürzungen beschlossen, gelten diese auch für den Basistarif.

Der Leistungsumfang des Basistarifs ist gegenüber dem Standardtarif, der sich nur am Leistungskatalog der GKV orientiert, deutlich umfänglicher:

Der Basistarif enthält z. B. auch Leistungen für ambulante Palliativmedizin, ambulante sowie stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, künstliche Befruchtung, stationäre Hospizversorgung, Schutzimpfungen und ambulante Ergotherapie. Er verzichtet auf die Kurortklausel und sieht bei ambulanter Psychotherapie keine Sitzungszahlbegrenzung vor, jedoch ist ebenfalls eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich. Zudem sieht der Basistarif einen offenen Hilfsmittelkatalog sowie ein Krankentagegeld vor.

Die Leistungen der PKV-Normaltarife sind in vielen Punkten umfänglicher und leistungsstärker als der Basistarif.

**Selbstbehaltstufen:** Der Basistarif wird in vier Selbstbehaltstufen angeboten. An diese Wahl sind Sie mindestens drei Jahre gebunden. Der Beitrag reduziert sich durch den Selbstbehalt meistens aber nicht. Erfolgt keine angemessene Prämienreduzierung können Sie jederzeit eine Umstellung auf den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt.

**Krankenzusatzversicherungen:** Diese sind neben der Absicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann aber verlangen, dass die Zusatzversicherung ruht, solange der Privatversicherte wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit auf eine Beitragsreduzierung angewiesen ist.

**BdV-Tipp:** Den Wechsel in den Basistarif sollten Sie erst anstreben, wenn eine andere tarifliche Lösung mit Normaltarifen innerhalb Ihres Versicherers Sie finanziell nicht ausreichend entlastet.

Kommen Normaltarife Ihres Versicherers nicht in Frage, sollten Sie auch einen Vergleich der Leistungen von Basis- und Standardtarif vornehmen, wobei der Standardtarif meistens günstiger, aber leistungsschwächer als der Basistarif ist.

### 3. Das ist der Standardtarif

Privatversicherte müssen mit einem „Unbezahlbarkeitsrisiko“ rechnen. Das hatte der Gesetzgeber lange vor Einführung des Basistarifs erkannt und deshalb die PKV-Versicherungsunternehmen verpflichtet, einen brancheneinheitlichen Standardtarif einzuführen.

Bestandsversicherte, die bereits vor 2009 privatversichert waren, können weiterhin in den Standardtarif wechseln. Haben Sie sich erst danach in der PKV versichert, ist dies nicht möglich.

Der Wechsel in den Standardtarif kann für ältere Bestandsversicherte eine Option sein, die ihren hohen Beitrag im Alter nicht mehr zahlen können und für die der Basistarif zu teuer wäre.

Als Bestandsversicherter müssen Sie zehn Jahre der PKV angehören und mindestens 55 Jahre alt sein oder vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine gesetzliche Rente beziehen, damit Sie in den Standardtarif wechseln können. Zudem darf Ihr Bruttojahreseinkommen nicht die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze (nach § 6 Absatz 7 SGB V) von 54.450 Euro (2019) überschreiten. Der Standardtarif gilt außerdem einkommensunabhängig für alle, die mindestens 65 Jahre alt sind.

Der Versicherungsschutz orientiert sich an den Leistungen der GKV und kann künftig angepasst werden. Standardtarifversicherte können Kassen- und Privatärzte aufsuchen.

Eheleute müssen pro Person einen eigenen Beitrag zahlen. Der darf aber den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen von 662,48 Euro (2019) nicht übersteigen. Der Gesamtbeitrag für ein Ehepaar ist auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrages begrenzt.

Die Abrechnung findet zwischen dem Patienten und dem Arzt statt. Allerdings wird nur der 1,8fache Satz der Gebührenordnungen für Ärzte und der 2,0fache Satz für Zahnärzte erstattet.

Sie haben im Krankenhaus den Status eines Kassenpatienten. Zusatzversicherungen sind nicht möglich.

Diese Einschränkungen sollten Sie zudem beachten:

Keine Behandlung durch Heilpraktiker, psychotherapeutische Behandlung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung, Selbstbeteiligung von 20 Prozent an Kosten für Heil-, Hilfs- und Arzneimittel (maximal 306 Euro im Jahr). Die Kosten für Zahnersatz werden höchstens zu 65 Prozent erstattet. Es kann auch vorkommen, dass Ärzte Privatversicherte nur behandeln, wenn sie einen höheren Abrechnungssatz akzeptieren. Sie müssten dann die Differenz beispielsweise vom 1,8fachen zum 2,3fachen oder sogar 3,5fachen Satz selbst bezahlen.

**BdV-Tipp:** Prüfen sollten Sie zuerst, ob ein Wechsel in einen anderen Normaltarif Ihres PKV-Versicherers bereits genügend Entlastung bringt, bevor Sie einen solchen in den Standardtarif anstreben. Nähere Informationen dazu finden Sie auch in unserem Infoblatt „PKV-Tarifwechsel“. Außerdem sollten Sie überlegen, ob der Basistarif möglicherweise für Sie eine Alternative zum Standardtarif sein kann.

#### 4. Das ist der Notlagentarif

Neben Basis- und Standardtarif gibt es seit einiger Zeit den Notlagentarif. Anders als den Basis- und den Standardtarif, können Privatversicherte den Notlagentarif nicht frei wählen.

Eine Umstellung in den Notlagentarif ist die Folge von länger anhaltenden Prämienrückständen im Volltarif. Sie wird vom Krankenversicherer herbeigeführt.

Sind Sie mit mindestens zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, kann Ihr Versicherer Sie mahnen. Zusätzlich müssen Sie einen Säumniszuschlag von einem Prozent Ihres Beitragsrückstandes und Mahnkosten zahlen. Schulden Sie zwei Monate nach der ersten Mahnung noch mindestens einen Monatsbeitrag, bekommen Sie eine zweite Mahnung von Ihrem Versicherer. In dieser muss der Versicherer Sie darauf hinweisen, dass Ihr Vertrag ruhend gestellt wird, wenn Sie Ihre Beitragsschuld nicht innerhalb des nächsten Monats begleichen. Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt nach Ablauf dieser Frist mit Beginn des nächsten Monats. Solange Ihr Versicherungsvertrag ruht, sind Sie im Notlagentarif versichert und erhalten nur stark eingeschränkte Leistungen.

Während der Versicherung im Notlagentarif entfallen Selbstbeteiligung, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse. Zudem kann der Versicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen, wie z. B. eine Krankentagegeld- oder eine Kurtagegeldversicherung, ruhen.

**Hilfebedürftigkeit:** Der Notlagentarif soll eine Lösung für vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten bieten. Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt nicht, wenn eine Hilfebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch besteht. Die Hilfebedürftigkeit wird durch den Grundsicherungsträger (Sozialamt) festgestellt. Der Grundsicherungsträger veranlasst regelmäßig eine Umstellung in den Basistarif.

**Leistungen:** Die Leistungen während der Versicherung im Notlagentarif sind stark eingeschränkt. Der Notlagentarif sieht nur Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Kinder und Jugendliche sind im besonderen Maße schutzbedürftig. Deshalb werden für sie die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erstattet.

Die Erstattung im Notlagentarif ist in der Höhe begrenzt. Leistungen für ambulante Heilbehandlung werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ erstattet, für zahnärztliche Heilbehandlung bis zum 2,0fachen der GOZ. Die Behandlung muss durch einen Kassenarzt erfolgen. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus werden nur die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen im nächstgelegenen, für die Behandlung geeigneten Krankenhaus erstattet.

**Prämie:** Der Beitrag ist einheitlich pro Versicherer kalkuliert und liegt je nach Versicherer etwa zwischen 80 und 120 Euro monatlich. Während der Zeit im Notlagentarif werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Versicherer kann sogar bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie für den Notlagentarif aus der bestehenden Alterungsrückstellung entnehmen. Je länger Sie im Notlagentarif sind, desto mehr Altersrückstellungen werden verzehrt.

**Ausgleich rückständiger Prämien:** Wenn Sie alle rückständigen Prämien nebst Säumniszuschlägen und Mahnkosten bezahlt haben, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in den Ursprungstarifen fortgesetzt. Der Beitrag kann höher ausfallen als vor der Umstellung in den Notlagentarif, weil der Versicherer für die Finanzierung des Beitrages im Notlagentarif anteilig Alterungsrückstellungen entnommen hat. Zudem schlagen auch die in der Zwischenzeit möglichen Beitragsanpassungen zu Buche.

**Bitte beachten Sie:** Dem Krankenversicherer ist jede Kündigung von Tarifen verboten, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen. Dies gilt auch wegen Zahlungsverzug. Zur Pflichtversicherung gehören Tarife, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen. Befinden Sie sich hinsichtlich dieser Tarife im Zahlungsverzug, erfolgt eine Umstellung in den Notlagentarif und der bisherige Krankenversicherungsschutz ruht. Gleichen Sie den Zahlungsrückstand später aus, leben die ursprünglichen Tarife wieder auf.



Haben Sie zusätzlich Tarif-Bausteine wie einen Krankentagegeld- oder ein Zweibettzimmertarif mit chefärztlicher Behandlung versichert, kann der Versicherer diese Zusatzversicherungen bei Zahlungsverzug kündigen. Die für diese Zusatzversicherungen geltenden Regelungen beim Zahlungsverzug sind andere als für die Tarife, mit der Sie die Versicherungspflicht erfüllen. Von der Kündigungsmöglichkeit der Zusatzversicherungen machen die Versicherer oft Gebrauch.

Kündigt der Versicherer solche Zusatzversicherungen, können sie nicht wieder aufleben, sondern müssen neu beantragt werden. Es wird eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Die bisher hierfür erworbenen Alterungsrückstellungen gehen verloren. Die Prämie fällt aufgrund des höheren Alters und fehlender Alterungsrückstellungen entsprechend höher aus. Auch ist es möglich, dass ein Abschluss aufgrund von Vorerkrankungen gar nicht möglich ist oder nur gegen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss.

**Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:**

Bund der Versicherten e. V.  
Tiedenkamp 2  
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: +49 4193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: +49 4193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: + 49 4193-94221

E-Mail: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

Internet: [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg

Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI

Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Mario Leuner