

Infoblatt zum Risiko

Krankheit (Behandlungskosten und Versicherungspflicht):

PKV-„Sozialtarife“ (Basistarif und Standardtarif)

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der BdV ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge verbraucherorientiert abzusichern.

Wer in Deutschland einen Wohnsitz hat, ist zur Absicherung im Krankheitsfall und bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich verpflichtet. Auch ist rechtlich geregelt, wann Verträge der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen dieser Versicherungspflicht Vorrang haben. PKV-Versicherte sollten dabei dringend prüfen, ob die versicherten Leistungen ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind.

In diesem Infoblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zu diesen und weiteren Themen zu PKV-„Sozialtarifen“

Auf der nächsten Seite finden Sie **das Wichtigste auf einen Blick**.

Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeiner Hinweis: Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie unter <https://www.bunddersicherten.de> bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern nicht abweichend kenntlich gemacht. Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierungshilfe geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen.

Sie sind zum Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gesetzlich verpflichtet, wenn Sie in Deutschland einen Wohnsitz haben und weder

- 1) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, noch
- 2) Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Ansprüche haben und
- 3) keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben.

Wenn Sie PKV-versichert sind, ist für Sie dabei entscheidend, ob die versicherten Leistungen Ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind. Ergänzend sollten Sie auch solche Absicherungen prüfen, die gleichermaßen wichtig sein können.

Der Basistarif und der Standardtarif sind brancheneinheitliche PKV-„Sozialtarife“. 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. Die Prämie für den Basistarif ist auf den GKV-Höchstbeitrag zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV begrenzt (2021: 769,16 Euro), der für den Standardtarif auf den GKV-Höchstbeitrag (2021: 706,28 Euro). Jedoch ist die Prämie für den Standardtarif meistens deutlich günstiger als der für den Basistarif.

Der Basistarif kann sich z. B. für Privatversicherte anbieten, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind. Ihre Prämie reduziert sich dann auf die Hälfte des GKV-Höchstbeitrags. Können die Versicherten auch diese reduzierte Prämie nicht zahlen, übernimmt der Sozialhilfeträger einen weiteren Anteil oder sogar die komplette Prämie. 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 prämiensenkend auswirken. Dadurch liegt die Prämie 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.

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

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Stephen Rehmke

Inhalt

- 1. Das ist der Basistarif**
- 2. Die Prämie für den Basistarif**
- 3. Die Leistungen des Basistarifs**
- 4. Basistarif und Tarifwechsel**
- 5. Das ist der Standardtarif**
- 6. Die Prämie für den Standardtarif**
- 7. Die Leistungen des Standardtarifs**

1. 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. Basistarifversicherte können sich nur von Ärzt*innen und Zahnärzt*innen behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind (Kassenärzt*innen), aber nicht von Privatärzt*innen ohne Kassenzulassung.

Voraussetzungen für die Aufnahme oder den Wechsel in den Basistarif

Es besteht eine gesetzliche Annahmeverpflichtung (Kontrahierungszwang) für den Basistarif. Das bedeutet eine gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen, jeden aufzunehmen, unabhängig vom Gesundheitszustand. Risikoausschlüsse oder -zuschläge dürfen im Basistarif nicht verlangt werden. Folgende Personen müssen im Basistarif aufgenommen werden:

Privatversicherte mit Vertragsabschluss seit dem 1. Januar 2009 haben unabhängig von ihrem Lebensalter zeitlich unbefristet das Recht in den Basistarif bei demselben Unternehmen zu wechseln. Die Alterungsrückstellungen werden bei einem solchen Wechsel voll angerechnet.

Erfolgt der Wechsel jedoch in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens, werden die kalkulierten Alterungsrückstellungen (einschließlich der gesetzlichen Prämienzuschläge) übertragen, allerdings beschränkt auf den Teil der Krankenversicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen (Übertragungswert).

Für Bestandsversicherte (schon vor 2009 in der PKV) ist ein Wechsel in den Basistarif nur ihres Krankenversicherers möglich

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

Zudem sind die PKV-Unternehmen verpflichtet, folgende Personen im Basistarif aufzunehmen:

- alle freiwillig in der GKV Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung ihrer Versicherungspflicht.
- nichtversicherte Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die der PKV zuzuordnen sind (d. h. insbesondere Selbstständige und Freiberufler), weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, auch keine Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und keine Sozialhilfe beziehen.
- Beihilfeberechtigte, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.

Jedoch gibt es Ausnahmen vom Kontrahierungszwang: Der Antrag darf abgelehnt werden, wenn Antragsteller*innen bereits bei diesem PKV-Unternehmen versichert waren und dieses den Vertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder wegen vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht von ihm zurückgetreten ist. Lehnt der Versicherer die Aufnahme ab, können sich Antragsteller*innen aber an einen anderen Krankenversicherer wenden, der sie dann auch aufnehmen muss.

2. Die Prämie für den Basistarif

Die Prämienermittlung im Basistarif entspricht der in der PKV üblichen Kalkulation und erfolgt für jeden Versicherten individuell. Die Höhe der Prämie für den Basistarif richtet sich nur nach dem Eintrittsalter, nicht jedoch nach dem Gesundheitsstatus. Dennoch wird eine Risikoprüfung vorgenommen, falls Sie später aus dem Basistarif in einen anderen Tarif wechseln wollen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge dürfen im Basistarif nicht verlangt werden.

Die Prämie für den Basistarif ist begrenzt. Überschreitet die Prämie kalkulatorisch den jeweils gültigen Höchstbeitrag der GKV zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV, erfolgt eine Kappung: Dieser Beitrag beträgt monatlich maximal 769,16 Euro (2021). Auch bei Ehepaaren zahlt jede Person – wie in der PKV üblich – ihre eigene Prämie. Die Prämie des Basistarifs ist oft höher als der für einen Normaltarif und fast immer auch höher als der für den Standardtarif. Auch PKV-Bestandsversicherte, die in den Basistarif ihres Unternehmens wechseln, zahlen – trotz Anrechnung ihrer angesparten Alterungsrückstellungen – meistens eine Prämie, die dem Höchstbeitrag in der GKV entspricht.

Für Beihilfeempfänger*innen (z. B. Beamt*innen) gilt eine Höchstprämie, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutzes entspricht. Haben Versicherte z. B. einen Beihilfeanspruch von 70 Prozent, so ist ihre Prämie auf 30 Prozent der Höchstprämie im Basistarif begrenzt.

Arbeitnehmer*innen erhalten für ihre Versicherung im Basistarif einen Arbeitgeberzuschuss, allenfalls die Hälfte ihrer PKV-Prämie und höchstens den Betrag, den Arbeitgeber*innen bei Versicherung in der GKV zahlen müssten. Auch Rentner*innen bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur PKV. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihrer tatsächlichen Prämie.

Selbstbehaltsstufen

Der Basistarif wird in fünf Selbstbehaltsstufen (0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten. An die Wahl besteht eine Bindung von mindestens drei Jahren. Die Prämie reduziert sich durch den Selbstbehalt meistens aber nicht. Erfolgt keine angemessene Prämienreduzierung kann jederzeit eine Umstellung auf den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen werden. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltsstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt. Die Höchstprämie gilt unabhängig von der gewählten Selbstbehaltsstufe.

Hilfebedürftigkeit

Sind Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts oder würden sie es durch Zahlung der Prämie werden, reduziert sich die Prämie auf die Hälfte des GKV-Höchstbeitrags. Besteht trotz der Prämienhalbierung weiterhin Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) einen Zuschuss zur Versicherungsprämie in der Höhe, dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Gegebenenfalls übernimmt er auch die gesamte hälftige Prämie. Die bestehende oder drohende Hilfebedürftigkeit wird durch den zuständigen Sozialhilfeträger geprüft, der dem Versicherten eine entsprechende Bescheinigung für die Versicherung ausstellt.

Privatversicherte Bezieher*innen von Arbeitslosengeld II, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Sozialgeld erhalten somit einen Zuschuss zu den Versicherungsprämien im angemessenen Umfang. Als angemessen ist eine Versicherung im Basistarif anzusehen, da dessen Leistungen denen der GKV im Wesentlichen entsprechen und dessen Prämienhöhe begrenzt ist. Die Prämie darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur GKV.

3. Die Leistungen des Basistarifs

Alle Leistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe mit den im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegten GKV-Leistungen vergleichbar. Der Umfang der Leistungen entspricht weitgehend dem GKV-Niveau, so z. B. beim Zahnersatz und beim Krankentagegeld. Änderungen bei den Kassenleistungen werden in der Regel auch in den Basistarif übernommen.

Versicherte Leistungen

Der Versicherer erstattet im Basistarif insbesondere Kosten für:

- ambulante ärztliche Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen
- psychotherapeutische Behandlungen bis zu einem jeweils festgelegten Höchstumfang
- verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel, die im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs aufgeführt sind
- Hilfsmittel in Standardausführung, die im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgelistet sind
- Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen sowie Zahnersatz zu 50 bis 65 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.
- allgemeine Krankenhausleistungen. Versicherte haben die freie Wahl nur unter den öffentlichen Krankenhäusern.

Krankentagegeld: Basistarifversicherte erhalten 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 (2021: 58.050 Euro) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens. Das Krankentagegeld wird innerhalb von drei Jahren höchstens 78 Wochen gezahlt.

Krankenzusatzversicherungen: Diese sind neben der Absicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann aber verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange Privatversicherte wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit auf eine Prämienreduzierung angewiesen ist.

Leistungen: Basistarif und Standardtarif im Vergleich (Standardtarif s. unten 7.)

Der Leistungsumfang des Basistarifs ist gegenüber dem Standardtarif, der sich nur am Leistungskatalog der GKV orientiert, deutlich umfangreicher. Denn er enthält z. B. auch Leistungen für

- ambulante Palliativmedizin,
- ambulante sowie stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen,
- künstliche Befruchtung,
- stationäre Hospizversorgung,
- Schutzimpfungen,
- ambulante Ergotherapie,
- ambulante Psychotherapie ohne Sitzungszahlbegrenzung (eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers ist aber erforderlich).

Zudem sieht der Basistarif

- einen Verzicht auf die Kurortklausel,
- einen offenen Hilfsmittelkatalog sowie
- ein Krankentagegeld

vor.

Behandlungen durch Ärzt*innen

Frei steht den Versicherten im Basistarif nur die Wahl unter den Ärzt*innen und Zahnärzt*innen, die eine kassen(zahn)ärztliche Zulassung haben. Vor jeder Behandlung sollten Basistarifversicherte ihren Behandlungsausweis den Ärzt*innen vorlegen. Anderenfalls kann das Honorar ggf. abweichend von den folgenden Bestimmungen des Basistarifs berechnet werden.

Abgerechnet werden darf im Basistarif höchstens

- das 1,2-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw.
- das 2,0-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),

- bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,0-fache der GOÄ und
- bei Laborleistungen das 0,9-fache der GOÄ.

In der Praxis kommt es vor, dass Ärzt*innen die Basistarifversicherten nur gegen höheres Honorar behandeln.

Wie für die PKV üblich, stellen Ärzt*innen den Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung aus, die diese zur Erstattung an ihre PKV weiterleiten können. Jedoch haften im Basistarif Versicherte und Versicherer gegenüber Ärzt*innen und anderen Leistungserbringern gesamtschuldnerisch. D. h. Ärzt*innen können ihren Anspruch mit Einverständnis der Versicherten direkt gegenüber den Versicherern geltend machen. Dies gilt aber nur insoweit, wie der Versicherer gegenüber seinen Versicherten vertraglich verpflichtet ist. Erhalten Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer nur die obigen Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme müssen Versicherte selbst tragen.

4. Basistarif und Tarifwechsel

Es gibt einige wichtige Aspekte, die Sie bei einem Wechsel in den bzw. aus dem Basistarif berücksichtigen sollten.

Gesundheitsprüfung und Wechsel vom Basistarif in andere Tarife

Im Basistarif spielt der Gesundheitszustand keine Rolle und daher darf auch kein individueller Risikozuschlag erhoben werden. Dies gilt sowohl für Personen, die den Basistarif neu abschließen, als auch für diejenigen, die aus ihren bisherigen Tarifen in den Basistarif wechseln. Dennoch wird vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Bei einem erhöhten Risiko darf der Versicherer einen sogenannten fiktiven Risikozuschlag festlegen. Für Versicherte wird das erst bedeutsam, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Basistarif in einen anderen Tarif wechseln wollen. Besteht das erhöhte Risiko zu diesem Zeitpunkt fort, ist ein Risikozuschlag für den neuen Tarif zu zahlen.

Bietet der neue Tarif auch Mehrleistungen gegenüber dem Basistarif, erfolgt hinsichtlich dieser eine erneute Gesundheitsprüfung. Das gilt sowohl bei Rückkehr aus dem Basistarif in einen Normaltarif als auch bei erstmaligem Wechsel in einen Normaltarif. Der Versicherer kann dann beschränkt auf die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss; oder einen Risikozuschlag und

insoweit eine Wartezeit verlangen. Diesen können Versicherungsnehmer*innen aber dadurch abwenden, indem sie hinsichtlich der Mehrleistungen einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Sonderregelung seit 16. März 2020

Seit diesem Stichtag gibt es eine Sonderregelung bezüglich Hilfebedürftigkeit und Rückkehr aus dem Basistarif in die Ursprungstarife. Versicherte, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind oder durch Zahlung der PKV-Prämie würden und deshalb nach dem 15. März 2020 in den Basistarif wechseln, können später unter bestimmten Voraussetzungen wieder in ihren ursprünglichen Tarif zurückkehren:

- 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.

Werden diese Voraussetzungen erfüllt, erfolgt bei einem Wechsel zurück aus dem Basistarif in die Ursprungstarife keine Gesundheitsprüfung. Zwischenzeitliche Prämienanpassungen im Ursprungstarif gelten dabei grundsätzlich auch für Rückkehrer aus dem Basistarif.

BdV-Tipp zum Tarifwechsel: Für einen Tarifwechsel innerhalb Ihres Krankenversicherers kann vor allem sprechen: Sie wollen bessere Leistungen als bisher absichern oder Sie möchten Leistungen reduzieren, weil die Prämienbelastung für Sie zu hoch geworden ist. Ein Tarifwechsel, der dazu führt, dass Sie sowohl bessere Leistungen absichern als auch gleichzeitig Prämien reduzieren, kann ebenfalls das Ziel sein, ist aber in der Praxis selten möglich.

Ziehen Sie einen Tarifwechsel in Erwägung, sollten Sie zuerst prüfen, ob Sie mit einem Wechsel in andere Normaltarife Ihres PKV-Versicherers unter Prämien- und Leistungsgesichtspunkten Ihrem Ziel näherkommen als über einen Wechsel in den Basistarif. Auch sollten Sie überlegen, ob der Standardtarif eventuell für Sie eine Alternative zum Basistarif bieten kann, soweit Sie dessen Voraussetzungen erfüllen und Normaltarife nicht in Betracht kommen. Nähere Informationen zum Tarifwechsel finden Sie in unserem Infoblatt „PKV-Tarifwechsel“.

5. Das ist der Standardtarif

Privatversicherte müssen mit einem „Bezahlbarkeitsproblem“ rechnen. Das hatte der Gesetzgeber lange vor Einführung des Basistarifs erkannt und deshalb die PKV-Versicherungsunternehmen verpflichtet, einen brancheneinheitlichen Standardtarif einzuführen. Dieser Versicherungsschutz orientiert sich an dem Leistungsniveau der GKV und kann künftig angepasst werden. Standardtarifversicherte können Kassen- und Privatärzte aufsuchen. In erster Linie war und ist er für langjährige und ältere Versicherte gedacht, die einen prämiengünstigen Tarif benötigen.

Voraussetzungen für einen Wechsel in den Standardtarif

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

Der Wechsel in den Standardtarif kann für ältere Bestandsversicherte dann eine Option sein, wenn

- sie die Prämie im Alter nicht mehr zahlen können oder möchten,
- sie grundsätzlich bereit sind, eine Leistungsreduzierung in Kauf nehmen,
- ein Wechsel in andere Tarife ihres Unternehmens nicht genügend Entlastung bringt und
- die Prämie für den Basistarif zu hoch ist.

Als Bestandsversicherter müssen Sie zehn Jahre der PKV angehören und mindestens 55 Jahre alt sein oder vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine gesetzliche Rente oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehen, damit Sie in den Standardtarif wechseln können. Zudem darf Ihr Bruttojahreseinkommen nicht die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 SGB V von 58.050 Euro (2021) überschreiten. Der Standardtarif gilt außerdem einkommensunabhängig für alle, die mindestens 65 Jahre alt sind. Ebenso können Familienangehörige in den Standardtarif wechseln, wenn sie bei einer GKV-Mitgliedschaft des Privatversicherten familienversichert wären. Zudem muss als weitere Voraussetzung für einen Wechsel in den Standardtarif erfüllt werden, dass noch Versicherungsschutz in einem Bisex-Tarif besteht, also einem Tarif, der nach Geschlecht unterscheidet (seit 2012 sind alle neuen Tarife Unisex-Tarife: also geschlechtsunabhängig kalkuliert).

Diese Regelungen gelten auch für Versicherte, die beihilfeberechtigt sind und deren Angehörige. Ebenso können Heilfürsorgeempfänger*innen den Standardtarif abschließen, sofern sie durch eine Anwartschaft für eine private Krankheitskostenvollversicherung die erforderliche Vorversicherungszeit vorweisen können.

6. Die Prämie für den Standardtarif

Auch die Prämien im Standardtarif werden nach den für die PKV geltenden Rechtsvorschriften Regeln kalkuliert. Für die individuelle Prämie sind die Versicherungsdauer in der PKV und die bisherigen Tarife sowie der Gesundheitszustand maßgeblich. Hieraus ergibt sich die Höhe der Alterungsrückstellungen, die beim Wechsel in den Standardtarif prämiemindernd angerechnet werden.

Arbeitnehmer*innen erhalten auch als Standardtarifversicherte einen Arbeitgeberzuschuss – allenfalls aber die Hälfte ihrer PKV-Prämie und höchstens den Betrag, den Arbeitgeber*innen bei einer Versicherung in der GKV zahlen müssten. Auch Rentner*innen bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss. Dieser zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihrer tatsächlichen Prämie. Für Beihilfempfangende*innen (wie Beamt*innen) gibt es den Standardtarif in einer beihilfekonformen Version. Die Prämie entspricht hier dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Bezüglich einer Gesundheitsprüfung und etwaiger Risikozuschläge gilt beim Wechsel in den Standardtarif das Gleiche wie beim Wechsel in „Normaltarife“: Haben Privatversicherte im bisherigen Tarif einen Risikozuschlag zu zahlen, so muss dieser auch im Standardtarif gezahlt werden. Bietet der Standardtarif sogar Mehrleistungen gegenüber dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer insoweit eine Risikoprüfung vornehmen und gegebenenfalls einen Risikozuschlag verlangen.

Eheleute müssen pro Person eine eigene Prämie zahlen. Diese darf aber den Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung von 706,28 Euro (2021) nicht übersteigen. Zahlen Versicherte einen Risikozuschlag und/oder besitzen sie eine Krankentagegeldversicherung, gilt diese Begrenzung einschließlich dieser Prämien. Die Gesamtprämie für ein Ehepaar ist auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrages begrenzt, wenn das Gesamteinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht übersteigt.

Eine Krankentagegeldversicherung ist – wie üblich – keine integrierte Leistung des Standardtarifs. Sie kann zusätzlich bestehen. Die Prämie hierfür wird in die Prämienbegrenzung für den Standardtarif einbezogen, so dass inklusive Krankentagegeldtarif maximal eine Prämie in Höhe des GKV-Höchstbeitrages zu zahlen ist. Besteht aber zusätzlich noch eine weitere Zusatzversicherung, entfällt der Anspruch auf Prämienkappung (Ausnahme: Auslandsreisekrankenversicherung).

Beziehen Standardtarifversicherte Sozialhilfeleistungen, erkennt der Sozialhilfeträger regelmäßig die volle Prämie bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit und des Regelbedarfs als angemessen an. Dadurch können sie bei Hilfebedürftigkeit nach dem Sozialrecht in ihrem Tarif bleiben.

7. Die Leistungen des Standardtarifs

Die Leistungen des Standardtarifs orientieren sich an den Leistungen der GKV. Der Versicherer ist unter bestimmten Voraussetzungen (im Gegensatz zu Normaltarifen) berechtigt, die tariflichen Leistungen mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse, den Leistungen der GKV anzupassen.

Versicherte Leistungen

Erstattet werden u. a.:

- ambulante ärztliche Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen
- psychotherapeutische Behandlungen durch entsprechend qualifizierte Ärzt*innen und zugelassene psychologische Psychotherapeut*innen bis zu einem Umfang von 25 Sitzungen im Kalenderjahr
- Arznei- und Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel zu 80 Prozent, nach Erreichen des Selbstbehaltes von maximal 306 Euro zu 100 Prozent. Die Erstattungsfähigkeit ist den Tarifbedingungen bzw. dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs zu entnehmen.
- Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen sowie Zahnersatz in einfacher Ausführung grundsätzlich zu 65 Prozent inkl. Implantaten; kieferorthopädische Behandlungen wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen generell zu 80 Prozent
- Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, wobei freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, besteht.

Diese möglichen Leistungseinschränkungen können gegenüber Normaltarifen bestehen:

- Behandlungen durch Heilpraktiker*innen werden nicht erstattet.
- Brillengläser werden grundsätzlich nur für Personen bis zum 18. Geburtstag und lediglich bis zu den Festbeträgen der GKV übernommen.
- Kosten für Hörgeräte werden nur bis zu 850 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet und für Krankenfahrräder bis zu 767 Euro.
- Ambulante und stationäre psychotherapeutische Behandlungskosten werden nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung erstattet.
- Die Kosten für höherwertigen Zahnersatz wie Goldkronen werden nicht erstattet und es erfolgt nur eine eingeschränkte Übernahme der Kosten für Implantate (begrenzt auf zwei Implantate im Unterkiefer).
- Erstattungsfähig sind nur die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs aufgeführten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die im Tarif genannten Leistungen.

Behandlungen durch Ärzt*innen

Standardtarifversicherte können sich von allen niedergelassenen Ärzt*innen und Zahnärzt*innen behandeln lassen.

Vor Behandlungsbeginn sollten Standardtarifversicherte Ärzt*innen oder Zahnärzt*innen unbedingt darauf hinweisen, am besten in Textform, dass sie im Standardtarif versichert sind. Denn nur in diesem Fall sind Ärzt*innen an die Gebührensätze gebunden, die für den Standardtarif gelten.

Abgerechnet werden darf im Standardtarif höchstens

- das 1,8-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw.
- das 2,0-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
- bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,38-fache der GOÄ und
- bei Laborleistungen das 1,16-fache der GOÄ.

In der Praxis kommt es vor, dass Ärzt*innen die Standardtarifversicherten nur gegen höheres Honorar behandeln.

Wie in der PKV üblich, stellen Ärzt*innen Standardtarifversicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung aus, die diese dann zur Erstattung an ihren Krankenversicherer weiterleiten können. Rechnen Ärzt*innen aber höhere Gebührensätzen ab – z. B. den Regelhöchstsatz von 2,3fach oder sogar von 3,5fach (was grundsätzlich zulässig ist), werden nur die obigen niedrigeren Sätze erstattet. Die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme müssen Standardversicherte dann selbst tragen.