

PKV-Info



Sozialtarife der PKV



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Sozialtarife der PKV

Inhalt

1. Der Standardtarif	2
1.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern?	2
1.2 Welcher Beitrag ist im Standardtarif zu zahlen?	3
1.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert?	5
1.4 Als Standardtarif-Versicherter beim Arzt	6
2. Der Basistarif	7
2.1 Wer kann sich im Basistarif versichern?	7
2.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen?	8
2.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert?	10
2.4 Als Basistarif-Versicherter beim Arzt	12

Stand: Februar 2018
Bestell-Nr. 11-010218-20

Bildnachweis: gettyimages: Izabela Habur, Troels Graugaard, Images-Bazaar, Westend61, Dominik Pabis, Guido Mieth, Russell Illig



In der Privaten Krankenversicherung (PKV) 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.

Die üblicherweise im Alter steigenden Gesundheitskosten kalkulieren die PKV-Unternehmen von Anfang an mit ein, indem sie einen Teil des Beitrags verzinslich als Alterungsrückstellungen anlegen. Damit wird später die altersbedingt höhere Inanspruchnahme von Leistungen finanziert. Auch an anderer Stelle erfahren die Privatversicherten im Alter eine spürbare Entlastung: Mit Vollendung des 60. Lebensjahres reduziert sich der Beitrag, da der gesetzliche 10-Prozent-Zuschlag wegfällt, der im Jahr 2000 eingeführt wurde. Die angesparte Summe wird dafür verwendet, ab Alter 65 Beitragserhöhungen zu verhindern oder zu verringern und ab Alter 80 die Beiträge unter Umständen sogar zu senken. Zudem entfallen bei Renteneintritt die Beiträge zur Krankentagegeldversicherung und privat versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung. Zusätzlich kommt den über 65-jährigen Versicherten ein Teil der Überzinsen, die die Unternehmen erwirtschaften, direkt zugute. Darüber hinaus bieten viele Unternehmen spezielle Beitragsentlastungstarife an, die gegen zusätzliche Zahlungen in jungen Jahren Beitragsenkungen im Alter garantieren.

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. Hier hat der Versicherte verschiedene Optionen. So kann schon der Wechsel in einen anderen Tarif mit ähnlichen Leistungen zu einer Beitragsentlastung führen. Eine andere Möglichkeit ist der Verzicht auf Leistungen, die dem Versicherten weniger wichtig sind. Das kann z. B. die Chefarztbehandlung im Krankenhaus sein oder auch die Kostenerstattung von hochwertigem Zahnersatz. In manchen Fällen ist die Erhöhung des Selbstbehalts eine



Alternative. Wer nur ein vorübergehendes Zahlungsproblem hat, sollte seinen Versicherer auf die Stundung seiner Beiträge und eine Ratenzahlung ansprechen.

Dies sind aber nicht die einzigen Möglichkeiten für Privatversicherte mit finanziellen Schwierigkeiten. Um eine Grundversicherung mit bezahlbaren Beiträgen zu garantieren, gibt es die gesetzlich verankerten Sozialtarife der PKV: den Standardtarif und den Basistarif. Diese Tarife muss jedes PKV-Unternehmen mit Krankheitsvollversicherung anbieten. Bei welchem Unternehmen die Versicherung im Standardtarif oder Basistarif besteht, spielt grundsätzlich keine Rolle: Die Leistungen sind bei allen Anbietern identisch und die Beiträge unterscheiden sich nur geringfügig wegen der individuellen Verwaltungskosten der Unternehmen.

1. 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 nur für bestimmte Personengruppen geöffnet. Durch das Zusammenspiel von Versicherungsschutz auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Beitragsbegrenzung, verringerten Erstattungssätzen beim Arzt und Verwaltungskostenersparnis durch brancheneinheitliche Kalkulation zahlen die meisten Versicherten einen Beitrag, der merklich unter ihrem bisherigen Beitrag liegt.

1.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern?

Um in den Standardtarif wechseln zu können, müssen Versicherte drei Grundvoraussetzungen erfüllen: Eintritt in die PKV vor 2009, mindestens 10-jährige Versicherungsdauer und Absicherung in einem Bisex-Tarif. Darüber hinaus gilt:

- Versicherte, die **mindestens 65 Jahre** alt sind, können ohne weitere Bedingungen in den Standardtarif wechseln.
- Versicherte, die **mindestens 55 Jahre** alt sind, können in den Standardtarif wechseln, wenn ihr gesamtes Einkommen die

Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2018: 53.100 Euro/Jahr) nicht übersteigt.

- Versicherte, die **jünger als 55 Jahre** sind, können in den Standardtarif wechseln, wenn sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehen und ihr gesamtes Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2018: 53.100 Euro/Jahr) nicht übersteigt. Ebenso können ihre Familienangehörigen in den Standardtarif wechseln, wenn sie bei einer GKV-Mitgliedschaft des Versicherten familienversichert wären.



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

1.2 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 und das Versicherungsaufsichtsgesetz. Für den individuellen Beitrag des Versicherten im Standardtarif sind seine Versicherungsdauer in der PKV und seine bisherigen Tarife von Bedeutung. Daraus ergibt sich der Umfang der gebildeten Alterungsrückstellungen, die beim Wechsel in den Standardtarif beitragsmindernd angerechnet werden. Gerade bei Versicherten im Rentenalter führen die Alterungsrückstellungen im Standardtarif in der Regel zu sehr geringen Beiträgen.

Arbeitnehmer 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 bekommen auf Antrag von ihrem Renten-

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

versicherungsträger 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 Beihilfeempfänger (z. B. Beamte) gibt es den Standardtarif in einer beihilfekonformen Variante, wobei der Beitrag dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung entspricht.

Hinsichtlich einer Gesundheitsprüfung und möglicher Risikozuschläge gilt beim Wechsel in den Standardtarif dasselbe wie beim Wechsel in andere Tarife: Zahlt der Versicherte im bisherigen Tarif einen Risikozuschlag, muss er 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.

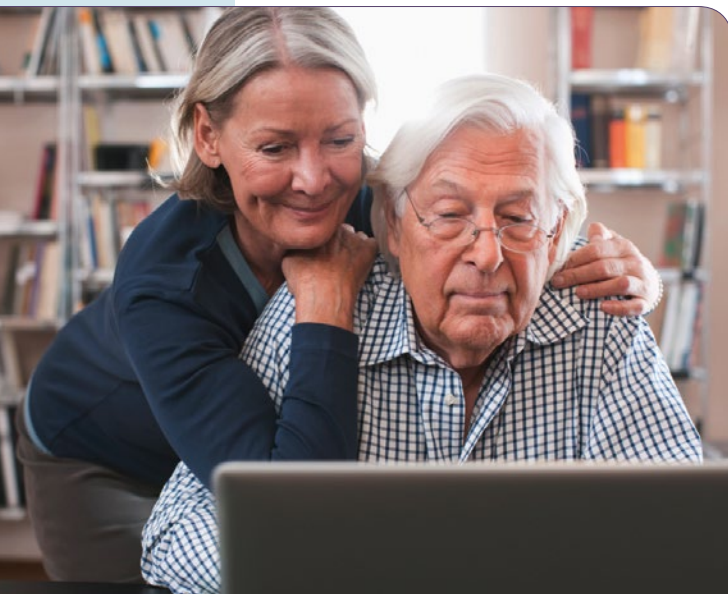
Der Beitrag im Standardtarif ist auf den GKV-Höchstbeitrag (2018: 646,06 Euro/Monat) begrenzt. Muss der Versicherte einen Risikozuschlag zahlen oder/und hat zudem eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, gilt die Grenze einschließlich dieser Beiträge. Für Eheleute und Lebenspartner liegt die Grenze bei 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags, wenn das Gesamteinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht übersteigt. Hätte der Versicherte gemäß der Kalkulation einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag zu zahlen, nimmt der Versicherer eine Beitragskappung vor.

Risikozuschläge

Beitragsbegrenzung

Bei Bezug von Sozialhilfe erkennt der Sozialhilfeträger den vollen Beitrag für eine Absicherung im Standardtarif bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit und des Regelbedarfs an.

Durch das vorteilhafte Konzept des Standardtarifs liegt der Beitrag nahezu aller Versicherten deut-



lich unter dem Höchstbeitrag. Bei nicht einmal einem Prozent der Versicherten im Standardtarif müssen die Beiträge gekappt werden.

1.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert?

Die Leistungen im Standardtarif sind vergleichbar mit den Leistungen der GKV, 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 dem 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 Kostenersatzung aus, wenn sie weniger wirtschaftlich als andere sind.

Besteht neben dem Standardtarif eine **Zusatzversicherung**, entfällt der Anspruch auf Beitragskappung. Diese Einschränkung gilt nicht für eine Krankentagegeldversicherung und eine Auslandsreisekrankenversicherung.

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 Ärzte und zugelassene psychologische Psychotherapeuten bis zu einem Umfang von 25 Sitzungen im Kalenderjahr;
- **allgemeine Krankenhausleistungen.** Der Versicherte hat freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Für die Behandlung durch einen Belegarzt muss die Abrechnung gemäß den für den Standardtarif geltenden Gebührensätzen (siehe Kapitel 1.4) für ambulante Leistungen erfolgen;

Die Leistungen im Überblick

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.

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.

- erstattungsfähige **Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel** zu 80 Prozent, nach Erreichen eines Selbstbetrages in Höhe von maximal 306 Euro zu 100 Prozent. Die Erstattungsfähigkeit kann der Versicherte in den Tarifbedingungen bzw. im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs nachprüfen.

Krankentagegeld ist wie bei den üblichen PKV-Tarifen keine integrierte Leistung des Standardtarifs. Der Versicherte kann es aber zusätzlich abschließen. Der Versicherungsbeitrag wird in die Beitragsbegrenzung für den Standardtarif mit einbezogen, so dass der Versicherte inklusive

Krankentagegeld maximal den GKV-Höchstbeitrag zahlt.

1.4 Als Standardtarif-Versicherter beim Arzt

Der Standardtarif-Versicherte kann sich von jedem niedergelassenen Arzt und Zahnarzt behandeln lassen. Wie bei gesetzlich Versicherten ist seine ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Der Versicherte sollte den Arzt oder Zahnarzt vor Behandlungsbeginn unbedingt darauf hinweisen, dass er im Standardtarif versichert ist. Denn nur in diesem Fall ist 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).

Wie für die PKV üblich, stellt der Arzt dem Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die dieser dann an seine PKV weiterreichen kann. Erhält der Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer die oben genannten Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss der Versicherte selbst tragen.

2. Der Basistarif

Der Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt gilt auch die Pflicht zur Versicherung für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, wie Selbstständige 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 Antragsteller mit schweren Vorerkrankungen müssen die Unternehmen aufnehmen. Zudem sind im Basistarif keine Risikozuschläge zu zahlen. Wer sozial hilfebedürftig ist, zahlt einen reduzierten Beitrag. Dadurch ermöglicht der Basistarif Versicherungsschutz für jeden.



2.1 Wer kann sich im Basistarif versichern?

Der Gesetzgeber hat genau festgelegt, wer sich im Basistarif versichern darf:

- Privatversicherte, die ihren **Versicherungsvertrag 2009 oder später** 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 bei ihrem Versicherungsunternehmen in den Basistarif wechseln.
- **gesetzlich Versicherte** innerhalb von sechs Monaten nach Beginn ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.

§§ 193 Abs. 6,
204 Abs. 1 Satz 1
Nr. 1 VVG

- **Nichtversicherte** mit Wohnsitz in Deutschland, d. h. der PKV zuzuordnende Personen (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 Antragstellers außerordentlich gekündigt oder angefochten hat oder von diesem Versicherungsvertrag zurückgetreten ist. Das ist möglich bei einer schwerwiegenden Vertragsverletzung wie Abrechnungsbetrug, oder wenn der Versicherte bei der Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss vorsätzlich falsche Angaben gemacht hat. Lehnt der Versicherer die Aufnahme ab, kann sich der Antragsteller jedoch an ein anderes Unternehmen wenden.

2.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen?

Die Beitragsberechnung im Basistarif entspricht der in der PKV üblichen Kalkulation. Allerdings müssen Versicherte mit Vorerkrankungen keine individuellen Risikozuschläge zahlen. Stattdessen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Mehrkosten, die durch die Vorerkrankungen entstehen, gleichmäßig auf alle im Basistarif Versicherten zu verteilen sind. Dadurch wird einerseits ermöglicht, dass selbst Schwerstkranke Aufnahme in die PKV finden. Andererseits führt dies aber dazu, dass selbst junge gesunde Versicherte den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbeitrag zahlen müssen.

§ 154 VAG

Im Basistarif darf zwar kein individueller Risikozuschlag erhoben werden, 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 den Versicherten erhält er erst eine Bedeutung, wenn dieser zu einem späteren Zeitpunkt in einen anderen Tarif wechseln möchte: Besteht das erhöhte Risiko weiterhin, muss der Versicherte den Risikozuschlag zahlen.

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

Arbeitnehmer 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 Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitglied-

schaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags. Für Beihilfempfänger (z. B. Beamte) gibt es den Basistarif in einer beihilfekonformen Variante, wobei der Beitrag dem versicherten Prozentsatz entspricht.

Die Versicherungsunternehmen müssen den Basistarif mit fünf Selbstbehaltstufen (0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro) anbieten, zwischen denen der Versicherte frei wählen kann. Er ist dann drei Jahre an die Wahl gebunden. Führt der Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Beitragssenkung, kann der Versicherte jedoch vor Ablauf der 3-Jahres-Frist in die Tarifvariante ohne Selbstbehalt wechseln.

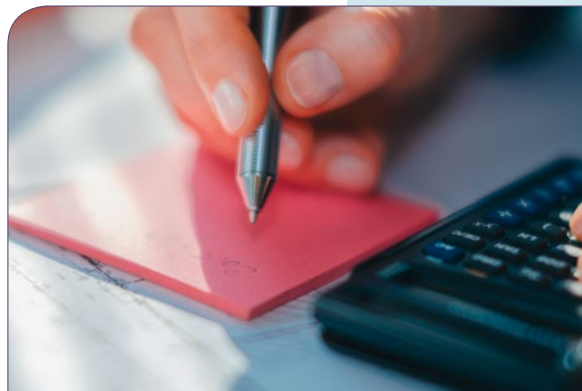
Der Höchstbeitrag im Basistarif entspricht dem jeweiligen Höchstbeitrag in der GKV plus dem durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz der Krankenkassen (2018: 690,31 Euro/Monat). Er gilt unabhängig von der gewählten Selbstbehaltstufe. Ist der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts oder würde es durch Zahlung des Versicherungsbeitrags werden, reduziert sich sein Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Der daraus resultierende Fehlbetrag wird per Beitragszuschlag von den übrigen Versicherten aller Unternehmen finanziert, die den Basistarif anbieten.

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 Sozialträger geprüft, der dem Versicherten eine entsprechende Bescheinigung für die Versicherung ausstellt.

Beispiel: Ein Versicherter im Basistarif hat den Höchstbeitrag in Höhe von 690,31 Euro/Monat zu leisten. Durch die Beitragszahlung wird er hilfebedürftig, weshalb der Beitrag auf die Hälfte (2018: 345,16 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 Sozialträger zahlt ihm in diesem Fall einen Zuschuss von monatlich 165,16 Euro.

*Selbstbehalt
§ 152 Abs. 1 S. 3
VAG*

*Beitrags-
begrenzung
§ 152 Abs. 3 und
4 VAG*



2.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert?

Der Basistarif ist eng angelehnt an den GKV-Schutz. So finden sich alle Leistungen des Tarifs im für die GKV maßgeblichen Sozialgesetzbuch (SGB V) wieder. 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 den 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.

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. Anders als beim Basistarif erfolgt vor Abschluss der Zusatzversicherung aber eine Gesundheitsprüfung. Ist das Krankheitsrisiko zu hoch, darf der Versicherer den Aufnahmeantrag ablehnen. Das Versicherungsunternehmen kann zudem das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Beitrag des Versicherten wegen Hilfebedürftigkeit reduziert ist.

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen** durch Vertragsärzte, also die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung zugelassenen sogenannten Kassenärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden;
- **Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen** durch Vertragsärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden. **Zahnersatz** zu 50 bis 65 Prozent für befundbezogene Regel-

leistungen 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.** Der Versicherte hat freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, Behandlungen in Privatkliniken sind von der Erstattung ausgeschlossen. Für die Behandlung durch einen Belegarzt muss die Abrechnung gemäß den für den Basistarif geltenden Gebührensätzen (siehe Kapitel 2.4) für ambulante Leistungen erfolgen;
- **verschreibungspflichtige Arzneimittel, Verbandmittel** sowie **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise verordnet werden können. Die Arzneimittel müssen jeweils von einem Vertragsarzt verordnet werden. Der Versicherte muss für jedes Arznei- und Verbandmittel eine Zuzahlung von 6 Euro leisten. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von der Zuzahlung befreit;
- **Heilmittel**, die im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs aufgeführt sind und von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Der Versicherte muss eine Zuzahlung von 2 Euro je Heilmittel und 10 Euro je Verordnung leisten. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von der Zuzahlung befreit;
- **Hilfsmittel** in Standardausführung, die im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgelistet sind und von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Der Versicherte muss eine Zuzahlung von 8 Euro je Hilfsmittel bzw. 10 Euro für den Monatsbedarf bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln leisten. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von der Zuzahlung befreit.



Darüber hinaus erhält der Versicherte ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit **Krankentagegeld**, wenn er bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Das Krankentagegeld beträgt höchstens 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2018: 53.100 Euro/Jahr) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens. Das Krankentagegeld wird innerhalb von drei Jahren höchstens 78 Wochen gezahlt.

2.4 Als Basistarif-Versicherter beim Arzt

Der Basistarif-Versicherte kann sich von allen Ärzten und Zahnärzten behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind, also von den sogenannten Kassenärzten. Wie bei gesetzlich Versicherten und Standardtarif-Versicherten ist die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Vor jeder Behandlung muss der Versicherte seinen Behandlungsausweis vorlegen und den Arzt so über seine Versicherung im Basistarif informieren. Anderenfalls kann der Arzt sein 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).

Wie für die PKV üblich, stellt der Arzt dem Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die dieser dann an seine PKV weiterreichen kann. Allerdings haften im Basistarif Versicherter und Versicherer gegenüber den Ärzten und anderen Leistungserbringern gesamtschuldnerisch. Der Arzt kann seinen Anspruch deshalb mit Einverständnis des Versicherten direkt gegen den Versicherer geltend machen. Dies gilt aber nur insoweit, wie der Versicherer gegenüber seinem Versicherten vertraglich verpflichtet ist.

Erhält der Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer die oben genannten Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss dann der Versicherte tragen.

Weitere Informationen

zum Standardtarif und zum Basistarif finden Sie unter <http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/> in folgenden Broschüren:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009, Tarifbedingungen, Tarif ST)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009, Tarif BT, Besondere Bedingungen)



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de