



Info

Der Standardtarif

Stand: 1. Juli 2007

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de

PKV-Info:

Der Standardtarif

Was ist der Standardtarif?

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Deshalb ist der Standardtarif auch nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen geöffnet. Außerdem darf der Standardtarif nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden (Ausnahme: Krankentagegeldversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung). Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben ab dem 1. Juli 2007 die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten mit den dort versicherten Leistungen sicherzustellen.

Was leistet der Standardtarif?

Im Sozialgesetzbuch V ist festgelegt, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen, aber sie müssen weitgehend übereinstimmen. So hat zum Beispiel der Standardtarif im Unterschied zum Versicherungsschutz der GKV uneingeschränkt Europageltung. Eine allgemeine Übersicht über die Leistungen des Standardtarifs gibt nachfolgende Tabelle:

§ 257 Abs. 2a
SGB V

	Leistungs- umfang im Standardtarif	Besonderheiten
Ambulante ärztliche Behand- lung	100 %	Der Arzt darf bei Standard- tarifversicherten nur maximal das 1,8fache ¹ der ärztlichen Gebührenordnung (bzw. bei medizinisch-technischen Leis- tungen das 1,38fache ¹ und bei Laborleistungen das 1,16fache ¹) berechnen. Deshalb muss sich der Patient als Standardtarifver- sicherter gegenüber dem Arzt ausweisen.
Psycho- therapie	maximal 25 Sitzungen pro Jahr	Maximal ist das 1,8fache ¹ der ärztlichen Gebührenordnung bzw. der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig.
Rettungs- fahrten	90 % 5-10 Euro Zuzahlung je Fahrt	
Häusliche Behand- lungs- pflege	90 %	Maximal werden die von der GKV akzeptierten Höchstpreise erstattet. Der Versicherte muss für maximal 28 Tage im Jahr Zuzahlungen leisten. Für Versi- cherte unter 18 Jahren entfällt die Selbstbeteiligung.
Arznei- und Verband- mittel	80 %	Maximal sind pro Jahr 306 Euro an Selbstbeteiligung zu leisten. Darüber hinaus werden 100 % erstattet. Es gibt ein Hilfsmit- telverzeichnis. Für Hörgeräte und Krankenfahrstühle gibt es Höchstsätze.
Heilmittel	80 %	
Hilfsmittel	80 %	

	Leistungs- umfang im Standardtarif	Besonderheiten
Zahnärztliche Behandlung	100 %	Der Zahnarzt darf bei Standardtarifversicherten maximal das 2,0fache ¹ der zahnärztlichen Gebührenordnung berechnen, deshalb muss sich der Patient gegenüber dem Zahnarzt als Standardtarifversicherter ausweisen.
Zahn- ersatz	65 %	
Kiefer- orthopädie	80 %	
Kranken- haus	100 % der Regelleistung 10 Euro Zuzahlung pro Tag in den ersten 28 Tagen	

¹ Von diesen im Gesetz vorgegebenen Gebührensätzen kann durch gesonderte Vereinbarungen mit den kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen abgewichen werden.

Was ist ein beihilfekonformer Standardtarif?

Der beihilfekonforme Standardtarif ist speziell für Beamte und ihre Familienangehörigen geschaffen, bei denen der Dienstherr jeweils einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten bezahlt. Übernimmt der Dienstherr in Form der Beihilfe z.B. 50 Prozent der Krankheitskosten, dann muss nur ein Versicherungsschutz abgeschlossen werden, der die nicht vom Dienstherrn getragenen 50 Prozent der Krankheitskosten abdeckt. Der Umfang des Versicherungsschutzes im beihilfekonformen Standardtarif ergibt sich präzise aus dem Prozentsatz der nicht vom Dienstherrn abgedeckten Krankheitskosten.

Die Beitragsgarantie im Standardtarif

Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden: Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – das sind 2007 505,88 Euro – nicht übersteigen.

Welcher Beitrag tatsächlich gezahlt werden muss, kann allerdings nur im Einzelfall ermittelt werden. Je länger die Vorversicherungszeit und je niedriger das Alter, desto günstiger ist der Beitrag im Standardtarif.

Dies liegt daran, dass bei einem Wechsel in den Standardtarif die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet wird.

Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag bspw. 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags. Der durchschnittliche Höchstbeitrag im Standardtarif errechnet sich aus dem vom BMG herausgegebenen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen des Vorjahres zuzüglich 0,9 Prozent und der Beitragsbemessungsgrenze.

Versicherung von Ehepaaren oder Lebenspartnern

Eine Besonderheit gilt für Ehepaare oder Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz), die beide im Standardtarif versichert sind. Liegt das Gesamteinkommen – das ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – unter der Beitragsbemessungsgrenze von 42.750 Euro (2007), dann zahlen beide Ehepartner oder Lebenspartner zusammen maximal 150 Prozent des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags. Im beihilfekonformen Standardtarif gilt die entsprechend anteilige Regelung. Diese Beitragsbegrenzung für Ehegatten gilt nicht im „Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen“ (siehe S. 8)

Wer kann sich im Standardtarif versichern?

1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben

Einzig weitere Bedingung für einen Wechsel in den Standardtarif ist hier, dass die Person seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert ist, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzungen erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten. Nicht dazu gehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn

- ihr Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 42.750 Euro (2007) liegt und
- sie über eine zehnjährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

3. Beamte und ihre Familienangehörigen ab dem 65. bzw. dem 55. Lebensjahr

Wenn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten dieselben Voraussetzungen wie unter 1. und 2. genannt.

4. Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein Wechsel vor dem 55. Lebensjahr möglich

Hier sind Personen angesprochen, die insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit vorzeitig in Rente oder Pension gehen. Im Einzelnen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Bezug eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften,
- 10 Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif,
- Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 42.750 Euro (2007).

Einbezogen sind selbstverständlich auch die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten.

Erfüllt eine Person die oben genannten Bedingungen und wechselt in den Standardtarif, so können auch die Familienangehörigen dorthin wechseln, sofern sie bei einer GKV-Versicherung nach § 10 SGB V beitragsfrei mitversichert wären.

5. Standardtarif für Beamte mit Vorerkrankungen

Wer neu verbeamtet wird und in den Normaltarifen der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung oder innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung einer Behinderung ohne Risikozuschlag im Standardtarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Voraussetzung für den Wechsel in den Standardtarif ist hier in jedem Fall, dass der Beamte oder Angehörige noch keine private Vollversicherung abgeschlossen hat.

6. Standardtarif für Heilfürsorgeberechtigte

Vom Standardtarif können auch Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit freier Heilfürsorge (Zeitsoldaten, Berufssoldaten sowie Beamte des Bundesgrenzschutzes, der Feuerwehr und der Polizei) profitieren. Für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung auf den Standardtarif gelten für Heilfürsorgeberechtigte die unter 2. und 5. genannten Voraussetzungen.

7. Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen (modifizierter Standardtarif)

Mit Wirkung vom 1.7.2007 bis zum 31.12.2008 besteht die Möglichkeit der vorübergehenden Versicherung im Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen.

Personen, die weder

- > in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,*
- > über eine private Krankheitskostenvollversicherung verfügen,*
- > einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,*

- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch
- Sozialhilfe nach dem dritten, vierten, sechsten und siebten Kapitel des SGB XII beziehen (ein Monat Leistungsunterbrechung gilt als Sozialhilfebezug),

können bis 31.12.2008 Versicherungsschutz im Standardtarif verlangen; das Unternehmen darf den Antrag nicht ablehnen. Abweichend vom oben definierten Personenkreis können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die nicht über eine ergänzende Versicherung verfügen oder in der GKV freiwillig versichert sind, die Versicherung im beihilfekonformen Standardtarif verlangen.

Risikozuschläge dürfen im Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen nicht erhoben werden. Eine Risikoprüfung ist aber für jeden Fall für den Risikoausgleich erforderlich. Der Beitrag im Standardtarif darf 100 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV (2007: 505, 88 Euro) nicht überschreiten; die Ehegattenbegrenzung auf maximal 150 Prozent des GKV Höchstbeitrags gilt nicht. Die Versicherungsverträge werden zum 1. Januar 2009 auf den Basistarif umgestellt.

Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Höchstbeitrag halbiert. Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und auch dies durch den zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Auf Antrag gewährt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auch hierfür einen Zuschuss. Dieser ist auf den Beitrag begrenzt, den ein Arbeitslosengeld II Empfänger in der GKV erhalten würde.

Vertragsinhalt
(§ 315 Abs. 2
SGB V)

Sozialklausel

Wo kann ein Standardtarif abgeschlossen werden?

Der Standardtarif wird von den privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland angeboten. Bereits privat Versicherte können deshalb jederzeit bei ihrem Unternehmen in den Standardtarif wechseln, sobald sie die Voraussetzungen erfüllen. Die unter 5., 6. und 7. genannten Personengruppen können den Standardtarif bei jeder privaten Krankenversicherung abschließen. Da der Standardtarif brancheneinheitlich

konzipiert ist, ergeben sich lediglich geringe Unterschiede im Beitrag. Der Höchstbeitrag und der versicherte Leistungsumfang sind hingegen überall identisch.

Und wie sieht es mit der Pflegeversicherung aus?

In der Pflegeversicherung gilt grundsätzlich nach fünfjähriger Vorversicherungszeit eine Höchstbeitragsregelung. Der Beitrag darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung (2007: 60,56 Euro). In der beihilfekonformen Variante werden lediglich 40 Prozent hiervon bezahlt.

Gibt es Alternativen zum Standardtarif?

Der Standardtarif ist ein Angebot insbesondere zur Beitragsreduzierung im Alter. Unternehmensindividuell stehen oft weitere Angebote zur Beitragsreduzierung durch einen Tarifwechsel, eine Leistungsreduzierung und/oder eine Erhöhung des Selbstbehalts zur Verfügung. Lassen Sie sich individuell von Ihrem Unternehmen beraten. Für nicht krankenversicherte Personen besteht nur im Standardtarif eine Aufnahmeverpflichtung des Unternehmens.

Wie erkennt der Arzt einen Standardtarifversicherten?

An einem Vermerk auf der Card für Privatversicherte. Sollte das Versicherungsunternehmen keine derartige Karte eingeführt haben, so erhält der Versicherte einen gesonderten Ausweis. Zudem ist der Versicherte verpflichtet, seinen Arzt darauf hinzuweisen.

Für weitere Fragen

stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

www.pkv.de · info@pkv.de