

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

Presseinformation
Berlin, 12.06.2009

Fragen und Antworten zum Basistarif

Private Krankenversicherung: Was Sie beachten müssen Stichtag: Wechsel in den Basistarif noch bis zum 30. Juni möglich

Was ist ein Basistarif?

Der Basistarif muss seit dem 1. Januar 2009 von allen privaten Krankenversicherungen (PKV) angeboten werden. Die Leistungen sind vergleichbar mit jenen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die PKV darf niemanden ablehnen, der einen berechtigten Antrag auf Versicherung im Basistarif stellt. Abweisung, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Wie hoch ist der Basistarif?

Der Basistarif kostet bei allen Versicherern für Erwachsene ab 21 Jahren maximal rund 570 Euro im Monat. Familienmitglieder sind nicht mitversichert und müssen eigene Beiträge zahlen. Die Beitragsspanne reicht hier laut Finanztest von etwa 226 Euro für Kinder unter 16 Jahren bis rund 275 Euro für junge Frauen bis 20 Jahre.

Für wen kommt der Basistarif in Frage?

Der Tarif steht allen seit 1. Januar 2009 neu PKV-Versicherten offen sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die früher PKV-versichert waren. Auch als bereits privat Krankenversicherter können Sie in den Basistarif wechseln, in Ihrer alten oder in einer neuen Versicherung.

Ich bin schon länger privat versichert. Kann ich jederzeit in den Basistarif wechseln oder gibt es Fristen, die ich beachten muss?

Nein, im Regelfall ist ein Wechsel nur bis zum 30. Juni 2009 möglich. Es sei denn, Sie sind mindestens 55 Jahre alt oder finanziell hilfebedürftig. Dann gilt dies Frist nicht. Wenn Sie im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln, können Sie nach 18 Monaten zudem in andere Tarife Ihrer neuen PKV wechseln; ein Kontrahierungszwang, also eine gesetzlich auferlegte Pflicht der PKV, Versicherte aufzunehmen, besteht dann allerdings nicht.

Was sind Alterungsrückstellungen?

Privat Versicherte bilden Alterungsrückstellungen, mit denen die meist höheren Kosten im Alter über den gesamten Lebenszyklus verteilt werden.

Kann ich die Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel mitnehmen?

In der Vergangenheit war dies nicht möglich. Ein Wechsel lohnte sich also häufig nicht, weil der Beitrag beim neuen Versicherer deutlich höher gewesen wäre. Dies hat sich durch die Gesundheitsreform geändert: Sie können Ihre Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Versicherers mitnehmen, allerdings nur

bis zum Umfang des Basistarifs. Wenn Sie über höhere Alterungsrückstellungen verfügen, weil Ihr derzeitiger Tarif umfassendere Leistungen vorsieht, können Sie den verbleibenden Teil der Alterungsrückstellungen in eine Zusatzversicherung beim vorherigen Versicherer einbringen.

Ist ein Tarifwechsel innerhalb der Versicherung möglich?

Sind Ihnen die Beiträge für Ihre private Krankenversicherung zu hoch oder sind Sie aus anderen Gründen mit Ihrem Versicherungsschutz unzufrieden, ist der Wechsel in den Basistarif der eigenen oder einer anderen PKV nicht die einzige Wahl. Sie haben auch das Recht, bei Ihrem Versicherer in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Informieren Sie sich, welche Tarife Ihre PKV bietet und Ihren Bedürfnissen entsprechen. Es kann zudem sinnvoll sein, beim Leistungsumfang (z. B. Chefarztbehandlung) Abstriche zu machen und dafür weniger Beiträge zu zahlen. Wenn Sie zehn Jahre privat versichert und mindestens 65 Jahre (in Ausnahmefällen 55 Jahre) alt sind, kann auch der Standardtarif für Rentner attraktiv für Sie sein. In diesem Tarif ist z. B. der Beitrag für Eheleute auf 150 Prozent des Höchstbeitrags in der GKV begrenzt - anders als im Basistarif. Beim Wechsel in andere Tarife Ihres Versicherers werden die Alterungsrückstellungen vollständig angerechnet.

Gibt es Hilfen, wenn ich mir den Basistarif nicht leisten kann?

Der Basistarif ermöglicht Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall die Rückkehr in den Krankenversicherungsschutz. Manche, z. B. ältere Menschen oder Arbeitssuchende mit geringem Einkommen, können sich aber auch die Beiträge des Basistarifs nicht leisten und sind hilfebedürftig. Ist dies bei Ihnen der Fall, müssen Sie nur die Hälfte des Beitrags zahlen, also maximal rund 285 Euro im Monat. Wenn auch diese Halbierung nicht ausreicht, um die Hilfebedürftigkeit zu überwinden, übernehmen die Sozialämter oder die Bundesagentur für Arbeit einen Teil der Kosten.

Wer muss sich versichern?

Mit der Einführung der Versicherungspflicht seit dem 1. Januar 2009 muss sich jede/r versichern. Wer dies nicht tut, muss bei verspätetem Vertragsabschluss Prämienzuschläge zahlen: Für Februar bis Mai dieses Jahres jeweils den vollen Monatsbeitrag, also maximal rund 570 Euro pro Monat, ab Juni 2009 für jeden weiteren Monat ein Sechstel des entsprechenden Beitrags. Sie sollten also auf jeden Fall einen Vertrag abschließen, falls Sie dies nicht schon getan haben.