
PKV-Notlagentarif (private Krankenversicherung für „Nichtzahler“)

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 zum PKV-Notlagentarif.

Am Ende dieses Infoblatts finden Sie weitere Informationen zum BdV.

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 09001 – 737 300 (2,40 Euro/Minute aus dem dt. Festnetz).

Das Wichtigste auf einen Blick

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.

Eine Vervielfältigung und Verbreitung zu privaten Zwecken ist mit Quellennachweis gestattet. Zu gewerblichen Zwecken ist eine Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, nur nach vorheriger ausdrücklicher Genehmigung erlaubt. Wenden Sie sich hierzu an: presse@bunderversicherten.de

Wegen der Versicherungspflicht in Deutschland darf ein privater Krankenversicherer Sie grundsätzlich nicht kündigen – auch dann nicht, wenn Sie die vereinbarten Prämien nicht zahlen. Zahlen Sie über mehrere Monate Ihre Prämie nicht, kann Ihr Versicherer Sie bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen in den Notlagentarif umstellen (Details siehe unter Abschnitt 1). 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 sowie von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erstattet. Die Prämie liegt üblicherweise im Bereich von etwas über 110 Euro im Monat.

Der Notlagentarif kann also – im Gegensatz zum Basis- und Standardtarif und anderen Tarifalternativen – nicht aktiv vom Versicherten gewählt werden.

Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierung geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen. Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt.

Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie auf unserer [Website](#) 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 wir einen abweichenden Stand nicht im Text kenntlich gemacht haben.

Inhalt

1	Das ist der Notlagentarif	3
2	Die Prämie für den Notlagentarif	5
3	Die Leistungen des Notlagentarifs	6
	Das ist der BdV	9

1 Das ist der Notlagentarif

Für privat krankenversicherte Nichtzahler – also Versicherte, die die Prämien für die Krankheitskostenvollversicherung nicht leisten – gibt es seit 2013 den Notlagentarif. Anders als den Basis- und den Standardtarif und andere Tarifalternativen können Privatversicherte den Notlagentarif nicht aktiv wählen. Notlagentarifversicherte können sich nur von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte behandeln lassen, die eine kassen(zahn)ärztliche Zulassung haben.

Da die PKV-Unternehmen wegen der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht auch Nichtzahler grundsätzlich nicht kündigen dürfen, musste der Gesetzgeber mit dem PKV-Notlagentarif eine Regelung für diesen Personenkreis schaffen. Beabsichtigter Zweck des Notlagentarifs ist also, dass auch privat krankenversicherte Nichtzahler die gesetzliche Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall erfüllen. Die durchschnittliche Verweildauer im Notlagentarif betrug nach Aussage der Bundesregierung im Jahr 2019 ca. 20 Monate (siehe BT-Drucksache 19/23095).

Der Notlagentarif ist für Personen geschaffen worden, die ihre PKV-Prämie vorübergehend – aus persönlichen wirtschaftlichen Gründen – nicht zahlen können und bei denen der Versicherer auch keine individuell zu vereinbarende Prämienstundung unter Beibehaltung der Leistungen ermöglicht. (Ein Anspruch darauf besteht nicht). Diese Personen sollen mit dem Notlagentarif vor einer Überschuldung durch nicht gezahlte Prämien geschützt werden. Der Notlagentarif kann deshalb – im Gegensatz zum Basis- und Standardtarif und anderen Tarifalternativen – nicht aktiv vom Versicherten gewählt werden.

Allgemeiner Hinweis: Wie üblich bei einer PKV haben die PKV-Unternehmen auch bei Notlagentarifversicherten die Möglichkeit, aufgrund von Prämien schulden juristische Schritte zur Beitreibung einer ausstehenden Geldforderung gegenüber dem Versicherungsnehmer einzuleiten. Dabei reichen die möglichen rechtlichen Maßnahmen von der gerichtlichen Titulierung der Geldforderung bis hin zur Zwangsvollstreckung durch Pfändungsmaßnahmen.

Ergänzender Hinweis: Kann ein vorübergehender finanzieller Engpass längerfristig nicht überbrückt werden, ist v. a. eine Leistungsreduzierung (z. B. Verzicht auf Wahlleistungen im Krankenhaus) ggf. über den Wechsel in einen günstigeren anderen Tarif des eigenen Krankenversicherers zu prüfen (siehe Infoblatt [PKV-Tarifwechsel](#)).

Wer finanziell hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts wird (z. B. beim Bezug von Bürgergeld – vormals Arbeitslosengeld 2), für den kann sich ein (ggf. vorübergehender) Wechsel in den Basistarif des eigenen Krankenversicherers anbieten. Die Prämie reduziert sich dann auf die Hälfte des GKV-Höchstbeitrags. Können Versicherte auch diese reduzierte Prämie nicht zahlen, übernimmt der Sozialhilfeträger einen weiteren Anteil

oder sogar die komplette Prämie – siehe hierzu das Infoblatt [PKV-„Sozialtarife“ \(Basistarif und Standardtarif\)](#).

Umstellung in den Notlagentarif

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

Sind Sie mit mindestens zwei Monatsprämien im Rückstand, kann Ihr Versicherer Sie mahnen. Zusätzlich müssen Sie einen Säumniszuschlag von einem Prozent Ihres Prämienrückstandes und Mahnkosten zahlen. Schulden Sie zwei Monate nach der ersten Mahnung noch mindestens eine Monatsprämie, bekommen Sie eine zweite Mahnung von Ihrem Versicherer. In dieser muss der Versicherer Sie darauf hinweisen, dass er Ihren Vertrag ruhend stellt, wenn Sie Ihre Prämienschuld 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.

Eine Umstellung in den Notlagentarif erfolgt aber nicht, wenn eine Hilfebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch besteht. Die Hilfebedürftigkeit wird durch den Grundsicherungsträger (Sozialamt) festgestellt. Dieser veranlasst regelmäßig eine Umstellung in den Basistarif und prüft eine kostenfreie Absicherung im Krankheitsfall – auch für PKV-Versicherte – siehe hier das Infoblatt [PKV-„Sozialtarife“ \(Basistarif und Standardtarif\)](#).

Rückumstellung in den Ursprungstarif

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.

Die Prämie kann höher ausfallen als vor der Umstellung in den Notlagentarif, weil der Versicherer für die Finanzierung der Prämie im Notlagentarif anteilig Alterungsrückstellungen in Höhe von bis zu 25 Prozent der Monatsprämie entnehmen darf. Zudem werden keine neuen Alterungsrückstellungen gebildet und außerdem schlagen die in der Zwischenzeit möglicherweise stattgefundenen Prämienanpassungen zu Buche.

Wenn eine Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts eintritt, endet der Notlagentarif auch trotz bestehenden Prämienrückstandes.

Allgemeiner Hinweis: Dem Krankenversicherer ist jede Kündigung von Tarifen gesetzlich untersagt, die der Erfüllung der Krankenversicherungspflicht dienen. Dies gilt auch bei Zahlungsverzug. Eine Krankheitskostenvollversicherung erfüllt dann die Anforderungen an die Versicherungspflicht, wenn sie mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Befinden Sie sich hinsichtlich dieser Tarifkomponenten 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.

Besonderer Hinweis: Haben Sie zusätzlich Tarif-Bausteine wie für den Zahnbereich, Krankentagegeld oder Ein-/Zweibettzimmertarif mit privatärztlicher Behandlung („Chefarztbehandlung“) mitversichert, kann der Versicherer diese Bausteine bei Zahlungsverzug dennoch kündigen. Die für diese Zusatzleistungen geltenden Regelungen beim Zahlungsverzug sind andere als für die Tarife, mit der Sie die Versicherungspflicht erfüllen. Von der Kündigungsmöglichkeit der Zusatzbausteine machen die Versicherer üblicherweise Gebrauch.

Kündigt der Versicherer solche Zusatzbausteine, können sie nicht wiederaufleben, sondern müssen neu beantragt werden. Es wird dann 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 und/oder Leistungsausschluss.

2 Die Prämie für den Notlagentarif

Die Prämie für den Notlagentarif wird zunächst einheitlich für den Versichertenbestand jedes Versicherungsunternehmens kalkuliert. Der Gesundheitszustand hat hier keinen Einfluss auf die Prämie. Es gibt weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Auch Selbstbehalte sind für die versicherten Leistungen nicht vorgesehen.

Dennoch unterscheiden sich die individuellen Prämien der Versicherten im Notlagentarif. Ein Grund hierfür ist, dass auf die individuelle Prämie die während der bisherigen Versicherungsdauer gebildeten Alterungsrückstellungen angerechnet werden. Bis zu 25 Prozent der Monatsprämie für den Notlagentarif dürfen Versicherer aus den Alterungsrückstellungen finanzieren. Je länger eine PKV also bereits besteht und je umfassender der bisherige Versicherungsschutz war, desto geringer ist die individuelle Prämie für den Notlagentarif.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte erhalten auch für ihre Versicherung im Notlagentarif einen Arbeitgeberzuschuss und zwar allenfalls die Hälfte ihrer PKV-Prämie

und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Wer eine gesetzliche Rente bezieht, bekommt auf Antrag von dem zuständigen Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur PKV. Er zahlt den Betrag, den er bei einer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihrer tatsächlichen Prämie. Für Beihilfeberechtigte gibt es den Notlagentarif in einer beihilfekonformen Version. Die Prämie entspricht dann dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Die Prämie im Notlagentarif ist begrenzt auf den Höchstbeitrag zur GKV zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrags und somit auf 807,98 Euro in 2023. Diese Höchstbeitragsregelung hat aber in der Praxis bisher keine Bedeutung. Je nach Versicherer liegt die Versicherungsprämie ungefähr bei 110 Euro monatlich im Notlagentarif.

Die Prämien zu Zusatzversicherungen (z. B. für die Krankentagegeldversicherung) entfallen, weil sie während der Zeit im Notlagentarif ruhen.

Besonderer Hinweis – Aufrechnungsverbot: Der Versicherer darf im Notlagentarif nicht mit einer ihm aus der Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung zustehenden Prämienforderung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers – z. B. auf Erstattung von Heilbehandlungskosten – aus diesen Versicherungen aufrechnen. Ebenfalls darf der Versicherer nicht mit einer Forderung aus dem Versicherungsvertrag gegenüber einem Dritten, wie einem Leistungserbringer, aufrechnen.

3 Die Leistungen des Notlagentarifs

Der Notlagentarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif mit identischem Leistungsumfang bei allen PKV-Unternehmen. Seine Leistungen 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.

Versicherte Leistungen

Es gibt keine Wartezeiten. Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, ruhen Zusatzversicherungen. Der Versicherer erstattet nur die Kosten für:

- ▶ ambulante ärztliche Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen.
- ▶ verschreibungspflichtige Arzneimittel. Notlagentarifversicherte müssen die Arznei- und Verbandmittel innerhalb von 10 Tagen aus einer Apotheke beziehen.

Bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln erstattet der Versicherer regelmäßig nur die Kosten für die drei preisgünstigsten.

- ▶ Heilmittel für Kinder und Jugendliche, sofern die Behandlung bereits deutlich vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und medizinisch zwingend erforderlich ist. Maßgeblich sind hier die Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Heilmittelkatalog der GKV.
- ▶ Hilfsmittel in Standardausführung, wobei hierfür innerhalb von 10 Tagen nach Verordnung die Zusage des Versicherers beantragt werden muss.
- ▶ schmerzstillende Zahnbehandlungen und dadurch notwendige Zahnfüllungen, nicht aber für Zahnersatzbehandlungen.
- ▶ kieferorthopädische Behandlungen von Versicherten unter 18 Jahren wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent, sofern die Behandlung bereits deutlich vor Beginn der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und nicht aufgeschoben werden kann.
- ▶ allgemeine Krankenhausleistungen im nächstgelegenen öffentlichen Krankenhaus, das für die Behandlung geeignet ist.

Ärztliche Behandlungen

Versicherte im Notlagentarif können sich von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten behandeln lassen, die eine kassen(zahn)ärztliche Zulassung haben. Notlagentarifversicherte, die für ihren alten Tarif eine Versichertenkarte für Privatversicherte erhalten hatten, dürfen diese nicht mehr verwenden, sondern müssen sie unverzüglich an ihren Versicherer zurückgeben.

Vor Behandlungsbeginn sollten Notlagentarifversicherte Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte unbedingt darauf hinweisen, am besten in Textform, dass sie im Notlagentarif versichert sind. Denn nur in diesem Fall sind Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte an die Gebührensätze gebunden, die für den Notlagentarif gelten.

Abgerechnet werden darf im Notlagentarif 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte die Notlagentarifversicherten nur gegen höheres Honorar behandeln.

Besonderer Hinweis – Direktanspruch des Krankenversicherers: Wie für die PKV üblich, können Leistungserbringer – wie Ärzte und Ärztinnen – den Versicherten nach

erfolgter Behandlung eine Rechnung ausstellen, die diese zur Erstattung bei ihrer PKV einreichen.

Allerdings besteht beim Notlagentarif die Besonderheit, dass Leistungserbringer auch direkt mit dem Krankenversicherer abrechnen können, da ihnen ein gesetzlicher Direktanspruch auf Leistungserstattung zusteht.

Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers haften Versicherungsnehmer und Versicherer gegenüber Leistungserbringern gesamtschuldnerisch. D. h. der Versicherer wird von seiner Leistungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer frei, soweit er die aus dem Notlagentarif geschuldete Leistung entweder an den Leistungserbringer oder an den Versicherungsnehmer erbringt.

Erhalten Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen als der Basistarif – muss der Versicherer nur die obigen Sätze erstatten. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme müssen Notlagentarifversicherte grundsätzlich selbst tragen.

Das ist der BdV

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** 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 abzusichern.

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: Stephen Rehmke (Sprecher), Bianca Boss

***Verbrauchertelefon:** Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 09001 – 737 300 (2,40 Euro/Minute aus dem dt. Festnetz).