

# Öffnung der privaten Krankenversicherungen (PKV) Beihilfekonformer Standardtarif = Beamtenstandardtarif

[www.SBV-Graskamp.de](http://www.SBV-Graskamp.de)

Stand: 20.08.2012

Es gibt Lehrerinnen und Lehrer, die wegen gesundheitlicher Probleme von den privaten Krankenkassen nicht aufgenommen und versichert wurden.

Früher war dies ein großes Problem. Diese Kolleginnen und Kollegen mussten sich nach der Verbeamtung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern lassen und den gesamten Versicherungsbeitrag in Höhe von über 400 € selbst zahlen.

Der Dienstherr freute sich, denn er brauchte keinen Arbeitgeberanteil zu zahlen.

Auch Beihilfeansprüche entstanden nur in besonderen Fällen und in sehr geringem Umfang. Seit dem 1. Juli 2000 gibt es den beihilfekonformen Standardtarif, auch Beamtenstandardtarif genannt.

**Der beihilfekonforme Standardtarif wird von den privaten Krankenkassen angeboten.**

Er wird für Beihilfeberechtigte angeboten, die früher aus Risikogründen nicht oder nur zu sehr ungünstigen Konditionen versichert werden konnten. Die Versicherung erfolgt ohne Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten, Altersgrenzen, Gesamteinkommen und ohne Risikozuschlag. Bisher galt:

**Die Versicherung musste früher innerhalb von 6 Monaten nach Feststellung einer Behinderung oder spätestens 6 Monate nach der Berufung ins Beamtenverhältnis erfolgen.**

Für "Altfälle", also für alle gesetzlich krankenversicherten Beamten mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko gab es eine Öffnungsklausel, die leider nur bis zum 31.12.2000 galt. Wer diesen Termin verpasst hatte konnte bisher nicht mehr angemessen versichert werden.

**Die Schwerbehindertenvertretungen haben immer wieder auf diesen Missstand hingewiesen. Nach langen Verhandlungen ist die zeitliche Begrenzung 2005 weggefallen.**

Die privaten Krankenversicherungen bieten nunmehr den passenden Versicherungsschutz. Es werden nun Tarife für alle angeboten, die genau auf die Beihilfe abgestimmt sind.

**Im beihilfekonformen Standardtarif reduziert sich der Beitrag entsprechend des notwendigen Versicherungsumfanges auf 50, 30 oder 20 % des GKV-Beitrages.**

Die Versicherungsleistungen sind bei den verschiedenen Versicherungen unterschiedlich. Bei einer Behandlung im Krankenhaus werden z.B. oft keine Wahlleistungen, d.h. Kosten für ein Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung usw. erstattet.

Überlegenswert ist gegebenenfalls der Abschluss einer Zusatzversicherung, bzw. einer Krankenhaustagegeldversicherung

Der Versicherungsschutz der PKV kann so gestaltet werden, dass zusammen mit der Beihilfe ein 100prozentiger Versicherungsschutz besteht. Gegebenenfalls wird dies durch die Versicherung entsprechender Wahlleistungen erreicht.

In jedem Fall sollten die Versicherungsbedingungen vor dem Abschluss einer Versicherung genau geprüft werden.

**Vereinzelte hört man noch von Schwierigkeiten bei der Aufnahme in die Privatversicherung. Dies dürfte es eigentlich nicht mehr geben. Die privaten Versicherungen sind zur Aufnahme verpflichtet!**

**Mein Rat: Hartnäckig nachfragen!**

Informationen zur Öffnung der PKV gibt es unter: [www.pkv.de/downloads](http://www.pkv.de/downloads)

Weitere Informationen zum Beamtenstandardtarif gibt es auch beim

Verband der privaten Krankenversicherung, Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

Vielleicht kann Ihnen auch der Ombusmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen Herr Klaus Theo Schröder helfen. Er soll laut Stiftung Warentest 1/2011 S. 63 als

**Draht zum Minister**  
 Bürger können nun zum Ortstarif beim Bundesgesundheitsministerium anrufen und Fragen stellen: zur Krankenversicherung (030/3406066-01), zu Pflege (030/3406066-02) und Prävention (030/3406066-03). Die Leitung ist montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr besetzt, freitags von 8 bis 12 Uhr.

Vermittler eine Versöhnung der Parteien herbeiführen.

[www.pkv-ombusmann.de](http://www.pkv-ombusmann.de); Tel.: 01802/550444

Außerdem gibt es den Versicherungsombusmann, Prof. Dr. Günter Hirsch,

[www.versicherungsombusmann.de](http://www.versicherungsombusmann.de); Tel 0800/369600

Als weitere Hilfe veröffentlichte die Stiftung Warentest 7/2012 auf Seite 84 ein Angebot des Ministeriums.

Stiftung Warentest 8/2012:

**Interview**

**Versicherer lesen Arztakte**

Im Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung sollten Kunden die Gesundheitsfragen sehr ernst nehmen, erklärt Michael Wortberg von der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz.



**Viele Berufsunfähigkeitsversicherer legen sich quer, wenn sie zahlen sollen. Was ist das Hauptproblem?**

Die Gesundheitsfragen. Die Versicherer prüfen genau, ob der Kunde bei Vertragsabschluss alle Wehwehchen genannt hat. Schon wenn Kleinigkeiten fehlen, heißt es: „Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Der Versicherer tritt zurück und der Kunde geht leer aus. Das erleben wir oft.

**Dabei lassen sich viele Kunden beim Ausfüllen vom Vertreter helfen.**

Genau das ist oft ein Problem. Der Vertreter möchte den Vertragsabschluss, damit er seine Provision erhält. Doch je mehr Krankheiten der Kunde nennt, desto eher lehnt der Versicherer ihn ab oder nimmt hohe Risikozuschläge.

**Vertreter neigen zum Verharmlosen?**

Sie sagen zum Beispiel: „Es geht nur um schlimme Krankheiten, Rückenschmerzen nicht, die hat jeder.“ Wird der Kunde dann wegen des Rückens berufsunfähig und der Versicherer stellt fest, dass er vor dem Vertrag damit schon beim Arzt war, wird es eng.

**Kunden sollten also auch Kleinigkeiten ins Antragsformular schreiben?**

Lieber eine Angabe zu viel als eine zu wenig. Unbedingt nennen muss man Beschwerden mit Herz und Kreislauf, Wirbelsäule, Knie, Nieren, auch Depressionen. Auslassen kann man Lapalien wie Kopfschmerzen, Erkältung, Grippe – aber nicht, wenn sie oft vorkommen. Das könnte auf Migräne oder Immunschwäche hindeuten. Auch häufige Arztbesuche sind zu nennen.

**Auch wenn keine Krankheit vorlag?**

Es kommt nicht darauf an, dass eine Krankheit behandelt wurde. Wer nie wegen des Rückens beim Arzt war, aber nach Vertragsabschluss in die Praxis muss und sagt: „Eigentlich habe ich schon seit Jahren Schmerzen“, kann leicht Probleme bekommen.

**Wie erfährt der Versicherer davon?**

Das steht in der Krankenakte, und die kontrolliert er auch bei Ärzten, bei denen ein Patient schon Jahre nicht mehr war. Daher sollten Kunden alles aufschreiben und sich nicht von knappen Zeilen im Formular bremsen lassen.