special 6:

STANDARDTARIF

PKV



PKY-Info

Der Standardtarif

nach der Rechtslageab dem 1. Juli 2002 –



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 Krankenkassen (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 ver-

bunden werden (Ausnahmen: Auslandsreisekrankenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung).

Was leistet der Standardtarif?

§ 257 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch V (SGB V) legt fest, 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 Übersicht über die Leistungen des Standardtarifs gibt nachfolgende Tabelle:

	Leistungsumfang im Standardtarif	Besonderheiten
Ambulante ärztliche Behandlung	100 %	Der Arzt darf bei Standardtarifversicherten nur maximal das 1,7fache der ärztlichen Gebührenordnung (bzw. bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,3fache und bei Laborleistungen das 1,1fache) berechnen. Deshalb muss sich der Patient als Standardtarifversicherter gegenüber dem Arzt ausweisen.
Psychotherapie	maximal 25 Sit- zungen pro Jahr	Maximal ist das 1,7fache der ärztlichen Gebührenord- nung erstattungsfähig.

	Leistungsumfang im Standardtarif	Besonderheiten
Rettungs- fahrten	13 Euro Selbstbe- teiligung je Fahrt	
Häusliche Behandlungs- pflege	100 %	Maximal werden die von der GKV akzeptierten Höchst- preise erstattet.
Arznei- und Verbandmittel	80 %	Maximal sind pro Jahr 306,78 Euro an Selbstbeteiligung zu
Heilmittel	80 %	leisten. Darüber hinaus
Hilfsmittel	80 %	werden 100 % erstattet. Es gibt ein Hilfsmittelver- zeichnis. Für Brillengläser, Hörgeräte und Krankenfahr- stühle gibt es Höchstsätze.
Zahnärztliche Behandlung	100 %	Der Zahnarzt darf bei Stan- dardtarifversicherten maximal
Zahnersatz	65 %	das 1,7fache der zahnärzt-
Kieferortho- pädie	80 %	lichen Gebührenordnung berechnen, deshalb muss
		sich der Patient als Standard tarifversicherter gegenüber dem Zahnarzt ausweisen.
Krankenhaus	100 % der Regel- leistung 9 Euro Zuzahlung pro Tag in den ersten 14 Tagen	

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

Bei einem Wechsel in den Standardtarif wird die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet. Der Standardtarif ist darüber hinaus mit einer Beitragsgarantie verbunden: Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – das sind 2003 483 Euro – nicht übersteigen.

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

Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag bspw. 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags.

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 41.400 Euro (2003). dann zahlen beide Ehepartner oder Lebenspartner zusammen maximal 150 Prozent des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags. Im beihilfekonformen Standardtarif gilt die entsprechend anteilige Regelung. So muss bspw. bei 50 Prozent Beihilfe die Krankenversicherung nur über 50 Prozent abgeschlossen und maximal die Hälfte des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV gezahlt werden.

Wer kann sich im Standardtarif versichern?

Die im Folgenden beschriebene Rechtslage gilt seit dem 1. Juli 2000.

- 1. Personen, die das 65ste Lebensjahr vollendet haben Einzige 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.
- Personen, die das 55ste Lebensjahr vollendet haben
 Diese Personen k\u00f6nnen in den Standardtarif wechseln, wenn
 - ihr Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 41.400 Euro (2003) liegt und
 - sie über eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.
- Beamte und ihre Familienangehörigen ab dem 65sten bzw. dem 55sten Lebensjahr Venn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten die-

- selben Voraussetzungen wie oben für Personen ab dem 55sten bzw. 65sten Lebensjahr.
- 4. Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein Wechsel vor dem 55sten 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 41.400 Euro (2003).
 - Einbezogen sind selbstverständlich auch die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten.

Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern sie bei einer GKV-Versicherung 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.

6. Standardtarif für Heilfürsorgeberechtigte

Vom Standardtarif können auch Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit freier Heilfürsorge (Zeitsoldaten, Berufssoldaten sowie Beamte des Bundesgrenzschutzes. Feuerwehr und der Polizei) profitieren. Heilfürsorgeberechtigte können zu denselben erleichterten Bedingungen wie Beihilfeberechtigte eine Anwartschaftsversicherung auf den Standardtarif abschließen.

Wo kann ein Standardtarif abgeschlossen werden?

Wer bereits in der PKV versichert ist, kann in den von diesem Unternehmen angebotenen Standardtarif wechseln, wenn einer der Punkte 1. bis 4. auf den vorhergehenden Seiten zutrifft. Die unter 5. genannte Möglichkeit in den Standardtarif zu wechseln, gilt für bereits in einem beihilfekonformen Tarif privat versicherte Beamte nicht.

Wer im Zuge der Öffnungsaktion für nicht privat versicherte Beamtenanfänger zur PKV kommt, kann sich an jedes Unternehmen wenden, das generell Beamte versichert. Da der Standardtarif brancheneinheitlich konzipiert ist, ergeben sich keine Unterschiede im Höchstbeitrag und im versicherten Leistungsumfang.

Und wie sieht es mit der Pflegeversicherung aus?

In der Pflegeversicherung gilt nach fünfjähriger Vorversicherungszeit eine Höchstbeitragsregelung. Der Beitrag darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung (2003 58,66 Euro). In der beihilfekonformen Variante werden lediglich 40 % hiervon bezahlt. Für Beamte, die neu zur PKV kommen und in den Standardtarif wechseln, findet diese Bei-

tragsbegrenzung sofort Anwendung.

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. 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.

Wenn Sie noch weitere Fragen haben?

Dann stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne mit weiteren Auskünften zur Verfügung.

Mark im Monat. bei einem Bruttoeinkommen von 6 525 messungsgrenze. Die liegt momentan Bundesländern) und der Beittagsbealten bzw. 13,8 Prozent in den neuen nuar des Vorjahres (13,5 Prozent in den tragssatz det Krankenkassen vom 1. Jadurchschnittlichen allgemeinen Bei-

analog berechnet. im Standardtatif für Beamte werden trags für eine Einzelperson. Die Beiträge höchstens 150 Prozent des Höchstbeigrenze, zahlen beide Partner zusammen nern unter det Beittagsbemessungsdas Gesamteinkommen von Ehepart-(13,8 Prozent-von 6525 Mark). Liegt oder 900,45 Mark in Ostdeutschland land (13,5 Prozent von 6525 Mark) Mark Gesamtheitrag in Westdeutschzahlt also monatlich maximal 880,88 Eine Einzelperson im Standardtarif

es 6,9 Prozent der Rente. mie. In den neuen Bundesländern sind doch die Hälfte der Versicherungsprä-6,75 Prozent der Rente, höchstens jeeinen Beittagszuschuss in Höhe von rungsträger in den alten Bundesländern chen Rente zahlt der Rentenversiche-Beiträge, bei Beziehern einer gesetzli-Arbeitgeber die Hälfte der monatlichen voll. Bei Arbeitnehmern übernimmt der Selbstständige tragen die Prämien

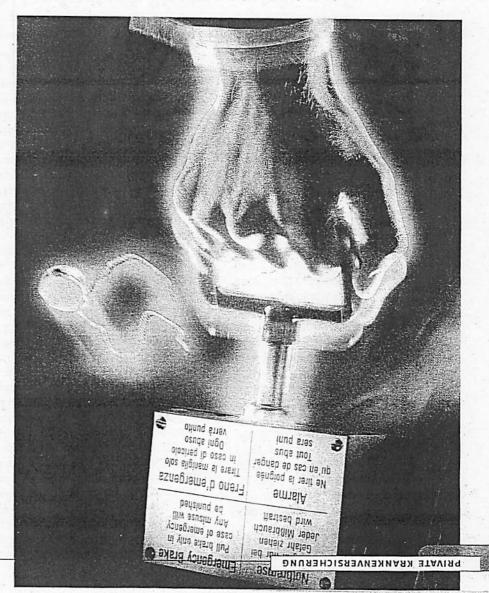
Leistungen beim Arzt

malen Krankenversicherungstarif bis nicht wie bei Versicherten in einem nor-I,7fachen Gebührensatz berechnen und für ihre Behandlungen nur den 1,0- bis Standardtarifversicherten zum Beispiel in Rechnung. Allerdings dürfen sie bei (GOÄ) oder der für Zahnärzte (GOZ) and der Gebührenordnung für Arzte te und Zahnärzte stellen ihr Honorar Privatpatienten. Die behandelnden Ärz-Standardtarifversicherte sind weiterhin

würden. Allerdings gibt es bis heute Standardratifpatienten schlecht versorgt bislang keine Hinweise darauf, dass verpflichtet. In der Praxis gibt es aber in Norfällen sind Ärzre zur Behandlung Standardtarifversicherte, abweisen. Nur Arzt Jeden Privatpatienten, also auch den? Theoretisch ja. Prinzipiell darf ein oder gar nicht mehr behandelt zu werdardtatif von "ihren" Ärzten schlechter ren, nach einem Wechsel in den Stan-Müssen Patienten deshalb befürchzum 3,5fachen Satz.

sicherte: 2850 Personen sind es im

auch nur sehr wenige Standardtarifver-



Notbremse

Doch der bietet nur eingeschränkte Leistungen. unbezahlbar wird, bleibt als Ausweg der Standardtarif. Wenn die private Krankenversicherung im Alter

Beiträge gedeckelt

rif in Risikozuschläge umgewandelt. tungsausschlüsse werden im Standardtadardrarif mit. Eventuell vereinbarre Leis-Höhe wie im alten Tarif in den Stan-Risikozuschläge in gleicher prozentualer gerechnet. Ebenso nimmt er aber auch gebildeten Alterungsrückstellungen anschaft werden dem Kunden die für ihn nerhalb der gleichen Versicherungsgesell-Wie bei jedem anderen Tarifwechsel in-

müsste. Der ettechnet sich aus dem den ein gesetzlich Versicherter zahlen der durchschnittliche Höchstbeittag, darf die Prämie nicht höher werden als Einschließlich dieser Risikozuschläge

den Standardtarif hinweisen. Kunden auf die Wechselmöglichkeit in Unternehmen ihre über 60-jährigen Bei jeder Prämienerhöhung müssen die setzlichen Krankenversicherung liegen. nicht über dem Höchstbeitrag zur gesetzlichen Kassen bieten und im Beitrag Det soll in etwa die Leistungen det geeinheitlichen Standardtarif anzubieten. ten sind verpflichtet, einen branchenkonnten. Die Versicherungsgesellschafsetzliche Krankenversicherung flüchten altere Privatversicherte zurück in die ge-Schlupflöcher dicht gemacht, durch die har die Bundesregierung die letzten e- Mit der Gesundheitsreform 2000

"normalen", 3 200 im Standardtarif für Beamte. Finanziell dürfte ein Standardtarifversicherter für Ärzte mit Kassenzulassung weiterhin attraktiver sein als ein gesetzlich Versicherter. Erstens liegt der 1,7fache Gebührensatz nach GOA zumindest in Ballungsräumen oft deutlich über dem Betrag, den der Arzt für die gleiche Behandlung eines Kassenpatienten erhält. Außerdem werden Leistungen für Standardtarifversicherte nicht auf das Kassenbudget angerechnet.

Anderer Auffassung ist allerdings der Bundesverband der Dermatologen (Hautärzte). Er rät den Doktoren, sich nicht mit dem Honorarniveau des Standardtarifs zufrieden zu geben. Sie sollten eine Vereinbarung über ein höheres Honorar schließen, heißt es im Verbandsplatt "Der Deutsche Dermatologe".

Eine vom GOÄ-Gebührenrahmen deichende Honorarvereinbarung ist __r grundsätzlich rechtlich zulässig. Sie muss aber mit dem einzelnen Patienten und für die jeweilige Behandlung ndividuell geschlossen werden. Eine rezelmäßige formularmäßige Honorarrereinbarung ist nicht erlaubt.

!ahnärzte schüren Angst

Jnd was erwartet Standardtarifversi-:herte beim Zahnarzt? "Nichts Gutes", varnt Peter Kurz, Justiziar der Bundesahnärztekammer. Diejenigen, die bisier in einem Tarif mit hohen Zahnleisungen versichert waren, werden beim Wechsel in den Standardtarif mit Einchränkungen konfrontiert, vor allem eim Zahnersatz. Zudem beklagt sich lie Zahnärzteschaft darüber, dass die Honorarbeschränkung auf den 1,7fa-1 7 Satz der Gebührenordnung für __närzte (GOZ) sie härter treffe als die ibrigen Arzte.

Besonders unangenehm hervorgetan at sich der Freie Verband Deutscher Lahnärzte, der seinen Mitgliedern naelegte, bei Standardtarifpatienten nur och Schmerzbehandlungen vorzunehnen. Dieser Aufruf ist dem Verband ber gerichtlich untersagt worden.

Wer von seinem bisherigen Zahnarzt nbedingt weiter behandelt werden will, ollte vor einem Wechsel in den Stanardtarif mit ihm sprechen. Zu klären it, ob der Zahnarzt den Patienten auch u dem künftig geringeren Gebühren-1tz weiter behandelt oder nur zu einem öheren Honorar, das der Betroffene ann zum Teil selbst tragen muss.

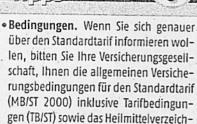
Kein Chefarzt mehr

Im Krankenhaus werden Standardtarifversicherte fast vollständig den gesetzlich Versicherten gleichgestellt. Das heißt Unterbringung im Mehrbettzimmer und Behandlung durch den jeweils diensthabenden zuständigen Krankenhausarzt. Chefarztbehandlung gibt es nur dann, wenn es aus Sicht des Krankenhauses medizinisch notwendig ist.

Einen Vorteil gegenüber den Kassenpatienten behalten die Standardtarifkunden allerdings: Sie können ihr Krankenhaus selbst wählen und müssen nicht wie gesetzlich Versicherte das "nächstgelegene geeignete" Krankenhaus aufsuchen, das der Arzt auf der Einweisung nennt. Nur auf die Behandlung in reinen Privatkliniken müssen die Standardtarifpatienten ebenfalls verzichten.

Zurück in Normaltarif

Wenn jemand nach einem finanziellen Engpass wieder über mehr Geld verfügt oder wenn er merkt, dass er mit den Leistungen des Standardtarifs nicht klarkommt, kann er theoretisch in einen normalen Krankenversicherungstarif zurückwechseln. In der Praxis dürfte das aber schwierig sein. Da ein normaler Tarif umfangreichere Leistungen bietet als der Standardtarif, kann der Versicherer erhebliche Risikozuschläge verlangen.



 Zusatzversicherung. Wer eine Krankentagegeld-, private Pflegezusatz- oder eine Auslandsreisekrankenversicherung hat, braucht diese beim Wechsel in den Standardtarif nicht zu kündigen. Alle anderen Zusatz- und Ergänzungsversicherungen sind für Standardtarifversicherte aber nicht erlaubt, auch nicht bei ande-

nis und das Preis- und Leistungsver-

zeichnis für zahntechnische Leistungen

des Standardtarifs zu schicken.

ren Versicherungsgesellschaften.

Wer sich die Rückkehroption unbedingt offen halten will, um erst einmal festzustellen, wie seine Ärzte reagieren, kann versuchen, bei seinem Versicherer für eine begrenzte Zeit eine Anwartschaftsversicherung zu vereinbaren. Die gibt ihm die Möglichkeit, später zu gleichen Konditionen in seinen alten Tarif zurückzukehren.

Standardtarif: Wer kann rein?

nur Personen, die schon seit mindes- rechtlichen Vorschriften. tens zehn Jahren privat krankenver- Beamte und Pensionäre: Für sie gelbeiden folgenden Voraussetzungen ermindestens 65 Jahre alt, oder der Ververdient im Jahr weniger als 78 300 Mark brutto (das ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung).

Frührentner: Wer noch nicht 55 Jahre alt ist, aber schon mindestens zehn Jahre privat versichert, kann ebenfalls in den Standardtarif wechseln - wenn werbsunfähigkeitsrente aus der gesetz- für die Aufnahme dann keine Rolle.

Angestellte, Selbstständige, Rent- lichen Rentenversicherung sein, aber ner: Zugang zum Standardtarif haben auch ein Ruhegehalt nach beamten-

sichert sind. Zusätzlich muss eine der ten die gleichen Zugangsbedingungen wie für Rentner, Angestellte und füllt sein: Entweder der Versicherte ist Selbstständige. Zusätzlich haben Beamte Zugang zum Standardtarif, wenn sicherte ist mindestens 55 Jahre alt und sie behindert oder so krank sind, dass sie andernfalls in der privaten Krankenversicherung entweder gar nicht oder nur zu extrem ungünstigen Bedingungen versichert werden könnten. Sie müssen sich innerhalb der ersten sechs Monate nach Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis für den Staner oder sie bereits eine Rente bezieht dardtarif entscheiden. Alter, Einkomoder beantragt hat. Das kann eine Er- men und Vorversicherungszeit spielen

• Standardtarif: Das können Sie erwarten

Vergleich der Leistungen im Standardtarif mit normalen Tarifen der privaten Krankenversicherung und mit den gesetzlichen Kassen.

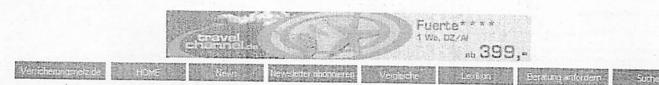
Leistungen	Private Krankenversicherung: Normale Tarife	Private Krankenversicherung: Standardtarif 1)	Gesetzliche Krankenversicherung
		Ärzte/Zahnärzte	
Auswahl des Arztes/ Zahnarztes	• Unter allen Ärzten oder Zahnärzten.	• Unter allen Ärzten/Zahnärzten.	• Unter allen Ärzten/Zahnärzten mit einer Kassenzulassung.
Versorgungsgarantie	• Keine: Der Arzt/Zahnarzt ist außer in Notfällen nicht zur Behandlung verpflichtet.	• Keine: Der Arzt/Zahnarzt ist außer in Not- fällen nicht zur Behandlung verpflichtet.	 Ärzte/Zahnärzte mit Kassenzulassung sind z. Behandlung GKV-Versicherter verpflichtet.
Arzthonorare für ambulante Leistungen und Zahnleistungen	Je nach Tarif • über die Höchstsätze der für Privatpatienten maßgeblichen GOÄ oder GOZ hinaus, • bis zu diesen Höchstsätzen (3,5fach) • oder nur bis zu Regelhöchstsatz (2,3fach).	• Bis zum 1,7fachen GOÄ – oder GOZ–Satz.	 Ärzte rechnen ihre Leistungen über die KV ab, Zahnärzte über die KZV. Die Vergütung entspricht zurzeit in etwa dem 1- bis 1,5fachen GOÄ-Satz oder dem 2,0- bis 2,3fachen GOZ-Satz.
	Ambulan	te Leistungen/ Zahnleistungen	
Arzneimitte!	Bei fast allen Tarifen volle Kostenerstat- tung; bei einzelnen Tarifen jedoch Selbst- beteiligung in Höhe von 10 % oder 20 %.	Selbstbeteiligung von 20 % (zusammen mit Selbstbet. für Heil- und Hilfsmittel jedoch max. 600 Mark/Jahr).	• Zuzahlung für Arzneimittel: 8/9/10 Mark für kleine/mittlere/große Packungen.
Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Brillen oder Prothesen)	Je nach Tarif unterschiedliche Leistungsobergrenzen für einen Teil der Hilfsmittel, z.B. für Rollstühle oder Beschränkung auf einfache Ausführung. Für Brillen/Kontaktlinsen meist max. 100 bis 800 Mark jährlich oder alle zwei Jahre, in einigen Tarifen keine Erstattung.	 Ersetzt werden Hilfsmittel in einfacher Ausführung bei einer Selbstbeteiligung von 20 % (zusammen mit Selbstbet. für Heil- und Arzneimittel max. 600 Mark/ Jahr). Für Hörgeräte max. 1 000 Mark innerhalb von drei Jahren, für Brillengläser Festbe- träge der GKV, keine Erstattung der Gestelle. 	 Ersetzt werden Hilfsmittel in einfacher Ausführung (Festbeträge, festgelegte Preise) Für Bandagen und Einlagen Selbstbeteiligung von 20 %. Für Brillengläser Festbeträge, keine Erstattung der Gestelle.
Psychotherapie	Je nach Tarif mit unbegrenzter Sitzungszahl im Jahr, mit Begrenzung auf 20 bis 30 Sitzungen im Jahr. In wenigen Tarifen keine Leistung.	Nach vorheriger Genehmigung maximal 25 Sitzungen im Jahr.	 Nach vorheriger Genehmigung je nach Verfahren bis zu 240 Sitzungen je Behand- lung.
Heilpraktiker- leistungen	Je nach Tarif • mit unterschiedlichen Leistungsobergren- zen und Einschränkungen bei den Verfah- ren, in wenigen Tarifen keine Leistung.	• Keine Heilpraktikerleistungen.	Keine Heilpraktikerleistungen.
Zahnbehandlung (z. B. Füllungen)	• Je nach Tarif: 50 % bis 100 % der Kosten (inkl. Kostenübernahme für Inlays).	 Vollständige Kostenübernahme für zuge- lassene Leistungen, Goldinlays o. Verblendg. 	• Vollständige Kostenübernahme für zugelassene Leistungen (z.B. Amalgamfüllung).
Zahnersatz	◆Je nach Tarif: 50 % bis 90 % der Kosten, ◆ bei einigen Tarifen zusätzliche Obergrenzen für die Material- und Laborkosten.	 Kostenübernahme für zugelassene Leistungen zu 65 %. Verblendungen nur im Frontbereich. Maximal zwei Implantate zur Befestigung von Zahnersatz. 	• Kostenübernahme für zugelassene Leistungen zu 50 %, bei regelmäßiger Zahnpflege und Vorsorge bis zu 65 %. Verblendungen nur im Frontbereich, keine Implantate.
Charles and	5	tationäre Leistungen	
Auswahl des Krankenhauses	Unter allen Krankenhäusern.	 Unter allen Krankenhäusern, die auch mit der GKV abrechnen (keine Privatkliniken). 	• Nächstgelegenes, geeignetes Krankenhaus – keine Privatkliniken.
Unterbringung	• Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.	Mehrbettzimmer.	• Mehrbettzimmer ²⁾ .
Behandelnder Arzt	Je nach Tarif: Chefarzt oder normaler Krankenhausarzt (z. B. Stationsarzt).	Normaler Krankenhausarzt (z. B. Stationsarzt).	Normaler Krankenhausarzt (z.B. Stationsarzt) ³⁾ .
Arzthonorare für Krankenhaus- behandlung	Je nach Tarif • über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, • bis zu diesen Höchstsätzen (3,5fach) • oder nur bis zu Regelhöchstsatz (2,3fach).	Die ärztliche Behandlung ist mit den Pfle- gesätzen für den Krankenhausaufenthalt abgegolten.	Die ärztliche Behandlung ist mit den Pfle- gesätzen für den Krankenhausaufenthalt abgegolten.
Zuzahlungen im Krankenhaus	 Bei den meisten Tarifen: keine, bei wenigen Tarifen: Zuzahlungen (z. B. von 30 Mark/ Tag in den ersten 7 Tagen). 	• 17 Mark/Tag in den alten und 14 Mark/Tag in den neuen Bundesländern für maximal 14 Tage im Jahr.	• 17 Mark/Tag in den alten und 14 Mark/Tag in den neuen Bundesländern für maximal 14 Tage im Jahr.

60Å = Gebührenordnung für Ärzte, GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, KV = Kassenärztliche Vereinigung, KZV = Kassenzahnärztliche Vereinigung.

1) Für den Standardtarif für Beihilfeberechtigte gelten die Leistungen analog bezogen auf den zu versichernden Prozentsatz.

2) Kostenerstattung für Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer über private Krankenhauszusatzversicherung möglich.

3) Kostenerstattung für Chefarztbehandlung über private Krankenhauszusatzversicherung möglich.



Versicherungslexikon

ABCDEFGHIJKLM NOPORSTUV WZ- Begriff nicht gefunden?

Standardtarif

Der Standardtarif, auch beispielsweise Basis- oder Grundschutztarif genannt, ist eine private Vollversicherung mit teilweise reduzierten Leistungen, die einen Versicherungsschutz ähnlich demjenigen der Gesetzlichen Krankenversicherung bietet. Solche Tarife sind als Einstlegstarife für Selbstständige mit niedrigem Einkommen (z. B. Existenzgründer) entwickelt worden, die Wert auf einen preiswerten Schutz legen und auf diverse Privilegien der Privaten Krankenversicherung (z. B. Wahlrecht Ein- oder Zweibettzimmer bei stationärer Heilbehandlung) verzichten wollen. Der Krankenversicherte muss sich jedoch auch darüber im Klaren sein, dass er verschiedene Privilegien anderer privat Versicherter nicht genießt und vor Beginn einer Heilbehandlung die Frage der zu berechnenden Gebühren und eines möglicherweise entstehenden Eigenanteils klären muss.

Änderungen durch das GKV-Gesundheltsreformgesetz 2000

Durch die Gesundheitsreform haben sich hinsichtlich des Standardtarits Änderungen ergeben. Ab dem 1. Januar 2000 gilt Folgendes:

- Fürärztliche Leistungen , die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zun 1,7-fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 der Gebührenordnung berechnet wertien. Bei Gebühren für die In den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisser Abschnitt M des Gebührenverzeichnisser Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7-fachen des Gebührensatzes tritt. Bei Gebührensatzes das 1,1-fache des Gebührensatzes das 1,1-fache des
- Fürzahnärztliche Leistungan, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7-fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

Zum 01.07.2000 ist der Kreis der Personen, die das Recht haben, sich im Standardtarif zu versichern, wesentlich erweiten worden:

- 1. Alle Personen, die dies nach alter Rechtslage bereits konnten. Dies ist der Fall bei vollendetem 65. Lebensjahr und einer Versicherungszeit von mindestens 10 Jahren in der PKV, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird.
- 2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und

 - ein Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielen und
 eine zehnjährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif erreicht haben.
- 3. Für Beamte und ihre Familienangehörigen, die in einen beihilfekonformen Standardtarif wechsein wollen, gelten die selben Voraussetzungen wie für Personen ab dem 55. bzw. 65.
- 4. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch ein Wechsel vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich. Dies gilt für Personen, die vorzeitig in Rente oder Pension gehen. Die
 - Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
 - Zehn Jahre Vorversicherungszeit in einem Zuschuss f
 ähigen Tarif und Gesamfeinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze
 - Einbezogen sind selbstverständlich die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten. Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern sie bei einer gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert wären.
- 5. Nicht privat versicherte Beamte, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur gegen Risikozuschläge versichert werden k\u00f6nnten, k\u00f6nnten unabh\u00e4ngig von ihrem Alter und Einkommen und auch ohne Risikozuschlag in den Standardtarif wechseln. Die Aufnahme muss aber innerhalb der ersten sechs Monate nach Feststellung einer oder bis zum 31.12.2000 beantragt werden.

Den Standardtarif gibt es in den Tarifstufen STN und STB. STN gilt für nicht beihilfeberechtigte Parsonen, STB ist speziell für Beamte und ihre Angehörigen entwickelt worden, bei denen Den dandardari gibt es in den Tamstulen STN und STD, STN gilt für nicht beinlifteberechtigte Personen, STB ist speziell für Beamte und ihre Angehörigen entwickelt worden, bei der Dienstherr jeweils einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten im Rahmen der Beihilfe übernimmt. Der Versicherungsschutz in STB ist beihilfesatzkonform, so dass der Umfang des Versicherungsschutzes dem nicht von der Beihilfe gedeckten Anteil der Krankheitskosten entspricht. Die gesetzlichen Neuregelungen haben Eingang in die Musterbedingungen 2000 des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gefunden.

Bei einem Wechsel in den Standardharif wird die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet. Darüber hinaus ist der Standardtarif mit einer Beitragsgarantie verbunden. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Im beihilfekonformen Standardtarif ist der

Sind Ehepaare beide im Standardtanf versichert, gilt eine Besonderheit. Wenn ihr Gesamteinkommen, also die Summe der Einkünfte nach dem Einkommensteuerrecht, unter der Beitragsbemessungsgrenze zahlen beide zusammen maximal 150 v.H. des durchschnittlichen Höchstbeitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Leistungszusage des Standardtarifs kann jedoch nicht in vollem Umfang dem üblichen PKV-Standard entsprechen. Auf Grund der Beitragsgarantie können nicht immer Risiko adäquate Beiträge erhoben werden. Die teriflichen Leistungen orientieren sich an denen der gesetzlichen Krankenversicherung, müssen im Einzelnen aber nicht völlig identisch sein, Grundsätzlich ist für die folgenden Leistungsbereiche eine Kostenerstattung vorgesehen:

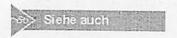
- Ambulante ärztliche Behandlung
- Psychotherapie
- Rettungsfahrten
- Häusliche Behandlungspflege
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Zahnärztliche Behandlung
- Zahnersatz

- Kieferorthopädie
- Stationäre Behändlung im Krankenhaus,

Wahlleistungen im Krankenhaus wie Chefarztbehandlung oder die Unterbringung in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer sind über den Standardtarif nicht abgedeckt. Zudem ist eine diese Wahlleistungen abdeckende Zusatzversicherung zum Standardtarif unzulässig.

Um zu verhindern, dass sich für die Versicherten hinsichtlich der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung eine Seibstbeteiligung der Versicherten ergibt, hat der Gesetzgeber Liquidationsgrenzen sowohl bei der ärztlichen (§ 5b Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ) als auch der zahnärztlichen (§ 5a Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ) Berechnung der versicherten Leistungen festgeschrieben.

Der Standardtarif gilt insbesondere zur Beitragsreduzierung im Alter. Die Versicherungsunternehmen halten jedoch oft weitere Angebote zur Beitragsreduzierung vor.



Arbeitgeberzuschuss - PKV

Private Krankenversicherung

privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, Anspruch auf Beitragszuschuss seitens ihres Arbeitgebers. Wenn deren Arbeitsentgelt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt, tritt bei ihnen Versicherungspflicht ein. Aufgrund des neuen § 6 Abs. 3a gilt dies nicht, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben. Mit der Neuregelung wird sichergestellt, dass sie für die Dauer ihrer Beschäftigung weiterhin zuschussberechtigt sind.

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung von Satz 1 Nr. 2 wird das Zugangsalter zum Standardtarif auf das 55. Lebensjahr abgesenkt, um unzumutbare Prämienbelastungen derjenigen Personen, die wegen dieser Altersgrenze nicht mehr versicherungspflichtig werden können, zu vermeiden. Die Voraussetzung im bisherigen Recht, nach der die Vorversicherungszeit nur mit einem zuschussberechtigten Versicherungsschutz erfüllt werden konnte, den nur Beschäftigte erhalten können, wird geändert. Künftig kann diese Vorversicherungszeit auch mit einem nicht zuschussberechtigten PKV-Tarif erfüllt werden, so dass z.B. auch Selbständige den Zugang zum Standardtarif haben.

Da der Standardtarif wegen des Spitzenausgleichs (vgl. Absatz 2b) von denjenigen subventioniert werden muss, die ihn nicht in Anspruch nehmen können, wird er auf diejenigen beschränkt, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltrenze der GKV nicht überschreitet und die daher besonders schutzbedürftig sind. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres fällt diese Einschränkung weg; insoweit bleibt es beim geltenden Recht. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung, bei der ein Ehegatte, der die Voraussetzungen erfüllt, beitragsfrei familienversichert sein kann, müssen in der privaten Krankenversicherung bislang beide Ehepartner Beiträge zum Standardtarif entrichten. Die Neuregelung begrenzt den gemeinsam zu zahlenden Beitrag im Standardtarif auf höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrags der GKV, wenn das Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Damit wird dem besonderen Schutzzweck der Ehe Rechnung getragen.

Nummer 2a stellt sicher, dass Rentner und Ruhestandsempfänger den Standardtarif auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie jünger als 55 Jahre sind, weil z.B. ein 40jähriger Erwerbsunfähigkeitsrentner ebenfalls besonders schutzwürdig ist. Das Gesamteinkommen soll dabei nicht berücksichtigt werden, weil dies auch in der GKV für die Versicherungspflicht als Rentner keine Rolle spielt.

Nummer 2b schreibt einen beihilfekonformen Standardtarif für aktive Beamte vor. Wegen der Bezugnahme auf Nummer 2 gilt hier auch die Altersgrenze von 55 Jahren und die Gesamteinkommensgrenze.

Nach Nummer 2c soll die Altersgrenze für behinderte Beamte nicht gelten, damit ihnen allein aus ihrer Behinderung keine Nachteile entstehen. Auch die Vorversicherungszeit und das Gesamteinkommen werden deshalb nicht berücksichtigt, die Erhebung eines Risikozuschlags allein wegen der Behinderung wird ausgeschlossen. Um Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erzielen, müssen sich die Betroffenen innerhalb einer 6-Monats-Frist für den Zugang zum Standardtarif entscheiden. Entweder nach Feststellung der Behinderung oder der Verbeamtung oder nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Durch die Änderung der Nummer 5 wird Bedenken der EU-Kommission gegen die bisherigen Voraussetzungen für den Standardtarif ("Spartentrennung") Rechnung getragen.

Die Änderung in Absatz 2a Satz 3 bewirkt, dass die Bestätigung der Aufsichtsbehörde hinsichtlich der Erfüllung der Voraussetzungen für den Standardtarif spätestens alle drei Jahre erneuert und damit überprüft werden muss.

Zu Buchstabe c

Die Neuregelung beseitigt Rechtsunsicherheiten, indem sie klarstellt, dass der finanzielle Spitzenausgleich der Versicherungsunternehmen eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen zu bewirken hat. Der neue letzte Satz stellt klar, dass der Prämienaufschlag für behinderte Beamte nur fiktiv für den Spitzenausgleich berechnet wird und die betroffenen Personen somit keine Prämienzuschläge allein wegen ihrer Behinderung zu zahlen haben."

In der Ausschussberatung wurden die neu eingefügten Abs. 2a Satz 1 Nrn. 2a, 2b und 2c geringfügig geändert, u.a. durch die Aufnahme des 55. Lebensjahres, die berücksichtigungsbedürftigen Angehörigen sowie die Neuformulierung der Aufnahmebedingungen; hierzu liegt folgende Begründung (BT-Drucks. 14/1977 S. 175f.) vor:

"Zu Artikel 1 Nr. 98 (§ 257 SGB V-E)

- Klarstellungen zum Standardtarif

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur Rentner, sondern auch Versorgungsempfänger unter den hier genannten Voraussetzungen den Standardtarif vor Vollendung des 55. Lebensjahres in Anspruch nehmen können, wenn das Gesamteinkommen die in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Einkommensgrenzen nicht übersteigt. Gleichzeitig wird nicht mehr — wie noch im Regierungsentwurf — nur auf die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern abgestellt, so dass auch z.B. Bezieher von Unfallruhegehalt (§ 36 Beamtenversorgungsgesetz), Witwengeld (§ 19 Beamtenversorgungsgesetz) und Berufssoldaten (§ 15 Soldatenversorgungsgesetz) eine Zugangsmöglichkeit zum Standardtarif erhalten. Auch Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers in der GKV familienversichert wären, erhalten eine Zugangsberechtigung.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass auch Angehörige, die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind, Zugang zum Standardtarif erhalten.

Zu Buchstabe c

Die Änderung erweitert die bisher nur für Schwerbehinderte vorgesehene Zugangsmöglichkeit zum Standardtarif auch auf Personen, die aus anderen Gründen in der privaten Krankenversicherung nicht oder nur gegen Risikozuschläge versichert werden können."

In § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 werden jeweils nach dem Wort "Ehegatten" die Wörter "oder Lebenspartner" eingefügt durch Art. 3 § 52 Nr. 9 Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. 2. 2001 (BGBl. I S. 266) mit Wirkung vom 1. 8. 2001. Die Regelung war bereits im Gesetzentwurf (BTDrucks. 14/3751 S. 29) vorgesehen; hierzu liegt konkret die folgende Begründung (BTDrucks. 14/3751 S. 69) vor:

"Zu Nummer 11 (§ 257 SGB V)

Die Zahlung des Zuschusses des Arbeitgebers zum Beitrag eines privat krankenversicherten Beschäftigten setzt voraus, dass dieser private Kran-

kenversicherungsschutz bestimmte Mindestanforderungen erfüllt. So muss das private Krankenversicherungsunternehmen einen Standardtarif anbieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen des SGB V entsprechen und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. Diese Regelung soll auch für Lebenspartner gelten."

Schrifttum:

Ayasse, Horst, Der Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankenversicherung mit modifizierter Beitragszahlung gemäß § 257 SGB V, VW 1995, S. 598.

Maidorn, Andreas, Problembereiche der freiwilligen Krankenversicherung bei BKK/IKK. SVFAng Nr. 93 (1995), S. 43.

Schermer, Joachim, Zuschuss des Arbeitgebers zu einer privaten Krankenversicherung ab 1. Januar 1996, ErsK 1995, S. 468.

Schneider, Heinz, Beiträge und Bezugsgrößen in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung für das Jahr 1996, ZfS 1995, S. 345.

Schneider, Heinz, Entgeltgrenzen in der Sozialversicherung für das Jahr 1996, SozVers 1995, S. 315.

Schrage, Christoph, Beitragsentlastung in der PKV — Ungelöste Probleme, VW 1995, S. 857.

Engelhard, Wolfgang, Beitragszuschüsse für Beschäftigte in der Pflegeversicherung — Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises?, NZS 1996, S. 207.

Erdmann, Jörg Peter, Die Versicherungsfreiheit von Soldaten in Beschäftigungen während und nach beendetem Dienstverhältnis, Die Beiträge 1996, S. 449.

Erdmann, Jörg Peter, Beitragszuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für Arbeitnehmer, Die Beiträge 1996, S. 260.

Hungenberg, Hans, Rechengrößen im Beitragsrecht der Sozialversicherung im Jahr 1996, FuR 1996, S. 37.

Stiphout, Theo van, Krankenkassenwahl 1996, BKK 1996, S. 421.

Erdmann, Jörg Peter, Die Sozialversicherung von Vorstandsmitgliedern juristischer Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Die Beiträge 1997, S. 705.

höchstens den Beitrag als Zuschuss erhalten können, den sie tatsächlich zu zahlen haben.

6. Bezieher von Vorruhestandsgeld nach Abs. 4

§ 257 Abs. 4 trifft schließlich eine Regelung für Bezieher von Vorruhestandsgeld; auf die Hinweise zu Abs. 1 unter Anm. II 5 wird verwiesen.

IV. Voraussetzungen bezüglich des Versicherungsunternehmens (Abs. 2a bis 2c)

Die Regelungen zum Angebot des Standardtarifs hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wesentlich ausgeweitet und verschärft, vgl. auch Anm. III vor 1 oben. Die Verschärfungen werden sowohl durch eine Herabsetzung des Lebensalters für die Inanspruchnahme des Standardtarifs — von 65 auf das 55. Lebensjahr — als auch hinsichtlich der Beitragsstruktur erreicht.

Das Zugangsalter zum Standardtarif wurde auf das 55. Lebensjahr gegenüber der bis 30. 6. 2000 geltenden Regelung herabgesetzt. Die Regelung ist damit auf den Personenkreis abgestimmt, der nach Aufnahme einer an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei ist; dieser Personenkreis soll in besonderem Maße vor (zu) hohen Beiträgen geschützt werden.

Die Vorversicherungszeit kann auch mit einem nicht zuschussberechtigten Tarif zur PKV erfüllt werden mit der Möglichkeit, dass auch selbständig tätige Personen Zugang zum Standardtarif haben können, was der Gesetzgeber ausweislich der Materialien (vgl. Anm. I 2) ausdrücklich erreichen wollte.

Erfasst werden nur Personen, deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze der GKV (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) nicht übersteigt. Die Grenze gilt allein für den Personenkreis bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres; die Regelung war im Hinblick auf den so genannten Spitzenausgleich, vgl. § 257 Abs. 2b, notwendig geworden.

Schließlich begrenzt die Regelung den Standardtarif bei Ehegatten bzw. Lebenspartnern abweichend von der bis 30. 6. 2000 geltenden Regelung; diese wird auf höchstens 150 v. H. des Höchstbeitrages der GKV beschränkt.

1. Anforderungskatalog nach Abs. 2a Satz 1

Die Anforderungen an das Versicherungsunternehmen werden in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V konkretisiert, wobei die Anforderungen insbesondere durch die mit Wirkung vom 1. 7. 2000 aufgenommenen Bestimmungen in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2a bis 2c wesentlich verschärft werden.

1.1 Betreiben der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung (Nr. 1)

Die Krankenversicherung muss nach Art der Lebensversicherung geführt sein; dadurch soll das Versicherungsunternehmen zur Bildung angemessener Rücklagen verpflichtet werden, wodurch niedrigere Beiträge in jungen Jahren mit der Folge überhöhter Beiträge in späteren Jahren vermieden werden sollen; vgl. hierzu näher auch die Materialien in Anm. I 2.

1.2 Angebot eines brancheneinheitlichen Standardtarifs (Nr. 2)

Das Versicherungsunternehmen muss sich verpflichten, für versicherte Personen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen des SGB V jedenfalls vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 v.H. des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten bzw. Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

Dieser Regelung liegt folgende Rechtsentwicklung zu Grunde:

- Abs. 2 Nr. 2 sah mit Wirkung vom 1. 7. 1994 einen brancheneinheitlichen Standardtarif für einen bestimmten Personenkreis vor, und zwar für Personen
- die das 65. Lebensjahr vollendet hatten und

 über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem den Zuschuss rechtfertigenden Versicherungsschutz verfügten.

Der Standardtarif, der daran anknüpfte, berücksichtigte,

- dass die Vertragsleistungen den Leistungen des SGB V jeweils vergleichbar waren und
- der Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (entsprechend Abs. 2a Satz 2) nicht überstieg.

Mit Wirkung vom 1. 7. 2000 wurde das Zugangsalter zum Standardtarif auf das 55. Lebensjahr herabgesetzt, um auch diesen Personenkreis entsprechend den Rechtswirkungen des § 6 Abs. 3a SGB V einzubeziehen, vgl. Anm. I 2.

1.3 Standardtarif bei vorzeitigem Rentenbezug oder Ruhestand (Nr. 2a)

Voraussetzung ist nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2a SGB V weiter das Vorhandensein eines Standardtarifs für Frührentner und Frühpensionäre, der insbesondere Bezieher von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit schützen soll. Dabei soll auf eine Begrenzung des Gesamteinkommens nicht abgestellt werden und der Tatbestand der Familienversicherung soll entsprechend einbezogen sein; auf die Materialien hierzu, vgl. Anm. I 2, wird verwiesen; die Regelung ist im Gesetzgebungsverfahren erheblich erweitert worden, vgl. auch BT-Drucks. 14/1977 S. 76, und es ist darauf hingewirkt worden, dass nicht nur Rentner, sondern auch Versorgungsempfänger unter den Voraussetzungen des Standardtarifs vor Vollendung des 55. Lebensjahres diesen in Anspruch nehmen könnten, wenn das Gesamteinkommen die in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Einkommensgrenzen nicht übersteige; zugleich werde nicht mehr nur auf die Versorgung der Beamten und Richter abgestellt, sondern es würden darüber hinaus auch Berufssoldaten. Hinterbliebene nach § 19 BeamtVG oder Bezieher von Unfallruhegehalt nach § 36 BeamtVG den Zugang zum Standardtarif erhalten, einschließlich der Familienangehörigen, die im Falle der Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers in der GKV familienversichert wären.

257 Gesetzliche Krankenversicherung — Art. 1

1.4 Standardtarif für Beamte (Nr. 2b)

§ 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2b SGB V macht die Zuschussregelung von der Verpflichtung des Versicherungsunternehmens abhängig, auch versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, soweit deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen des SGB V bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundert-Anteils auf den in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Höchstbeitrag ergibt. Durch die Regelung wird auch für Beamte ein zu den Beihilfeleistungen konformer Standardtarif erreicht; insbesondere zu den Änderungen im Ausschussbericht zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vgl. auch Materialien in Anm. I 2.

1.5 Standardtarif für behinderte Beamte (Nr. 2c)

§ 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2c erfasst die Verpflichtung des Versicherungsunternehmens, den in der Branche einheitlichen Standardtarif unter den in Abs. 2a Satz 1 Nr. 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. 12. 2000 angenommen haben; es handelt sich dabei um einen mit der Beihilfe konformen Standardtarif für behinderte Beamte, der in besonderem Maße der Zielsetzung des Gesetzgebers des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 entsprach, vgl. Anm. I 2 und insbesondere BT-Drucks. 14/1977 S. 77, 176.

1.6 Verwendung der Überschüsse (Nr. 3)

Nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 wird die Verpflichtung des Versicherungsunternehmens erfasst, den überwiegenden Teil der Über-

grenzt werden, vgl. BT-Drucks. 12/3608 S. 116. 1.7 Verzicht auf ordentliche Kündigung (Nr. 4)

§ 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 4 erfasst den vertraglich festgelegten Verzicht auf ein ordentliches Kündigungsrecht. Zur Zielsetzung des Gesetzgebers vgl. insb. BT-Drucks. 12/3608 S. 116.

schüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten der Versicherten zu verwenden. Auch

durch diese Regelung soll der Beitrag für ältere Versicherte be-

1.8 Spartentrennung (Nr. 5)

§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 5 betrifft die so genannte Spartentrennung; die Krankenversicherung darf nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betrieben werden; wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der EU hat, darf der Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach § 257 Abs. 2 SGB V erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet werden; die Regelung ist mit Wirkung vom 1. 7. 2000 Bedenken der Kommission der EU folgend durch die Einfügung des Wortes "oder" ergänzt worden.

2. Errechnung des maßgeblichen Höchstbeitrags (Abs. 2a Satz 2)

§ 257 Abs. 2a Satz 2 legt die Berechnung des Höchstbeitrags der GKV fest, durch den der Standardtarif nach Abs. 2a Abs. 1 Nr. 2 bzw. Nr. 2a bis 2c begrenzt ist. Der hiernach maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen zum 1. Januar des Vorjahres unter Hinweis auf § 245 SGB V und der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V zu errechnen.

Maßgeblich sind hier folgende Werte:

der Durchschnittsbeitragssatz betrug (einheitlich in Deutschland) am 1. 1. 2001 13,5 v. H.; die monatliche Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung beläuft sich für das Jahr 2002 auf 3375 EUR. Hieraus folgt für das Jahr 2002 ein monatlicher Höchst-

beitragszuschuss von 227,81 EUR (errechnet aus 3375 EUR x 13,5 v. H.: 2).

3. Vorlage der Bescheinigung beim Arbeitgeber (Abs. 2a Satz 3)

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber nach § 257 Abs. 2a Satz 3 SGB V jeweils nach Ablauf von drei Jahren (i. d. F. ab 1. 7. 2000, wodurch eine regelmäßige Überprüfung der Voraussetzungen eröffnet wird) eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in § 257 Abs. 2a Satz 1 (Nr. 1 bis 5) genannten Voraussetzungen betreibt.

4. Teilnahme am Spitzenausgleich zwischen Krankenversicherungsunternehmen (Abs. 2b)

§ 257 Abs. 2b SGB V sieht einen Spitzenausgleich zwischen Krankenversicherungsunternehmen vor; die Regelung ist mit Wirkung vom 1. 7. 1994 eingefügt worden. Die Änderung der Regelung mit Wirkung vom 1. 7. 2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (vgl. Anm. I 2) soll klarstellen, dass der finanzielle Spitzenausgleich der Versicherungsunternehmen eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen zu bewirken habe; es soll ferner klargestellt werden, dass der Prämienaufschlag für behinderte Beamte nur fiktiv für den Spitzenausgleich berechnet werden darf und die Betroffenen deshalb keine Zuschläge zu den Prämien aufgrund einer Behinderung zu bezahlen hätten.

5. Kündigungsrecht des Versieherten nach Abs. 2c

§ 257 Abs. 2c SGB V regelt das Kündigungsrecht bei Versicherungsunternehmen ohne Standardtarif. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a nicht erfüllt, konnte ab 1. 7. 1994 — und kann dies auch weiterhin — den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

§ 5b GOÄ

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

Online-Prüfung auf neueren Rechtsstand

§ 5a GOZ

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

Online-Prüfung auf neueren Rechtsstand

156.1

Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der bis zum (3) 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Absatz 1 Satz 2 berechnet werden. Für Leistungen (2), die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur Gebührensatzes tritt.

Amtliche Begründung:

dardtarifes der privaten Krankenversicherung in den in § 257 Abs. 2a SGB V. aufgeführten Variationen erbracht werden, bei Laborleistungen auf den 1.1fachen Gebührensatz, bei Leistungen nach den Abschnitten A. E und O des Gebührenverzeichnisses (überwiegend medizinisch- technische Leistungen) auf den 1.3fachen Gebührensatz und bei den übrigen Leistungen auf den 1,7fachen Gebührensatz. Diese Begrenzung entspricht den Erstattungs-Die Vorschrift (Art 17 GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) begrenzt die Höhe der Gebühren für Leistungen, die bei der Behandlung von Versicherten eines brancheneinheitlichen Stanobergrenzen dieser Tarife und stellt damit für die in diesen Tarifen Versicherten sicher, dass ihnen hinsichtlich der ärztlichen Behandlung prinzipiell keine Selbstbehalte verbleiben.

desärztekammer, die Erstattungsgrenzen des Standardtarifes zu berücksichtigen, weitestge-hend beachtet, da dem Bundesaußichtsamt für das Versicherungswesen, den Arztekammern und dem PKV-Verband Beschwerden über die Nichtbeachtung der Erstattungsobergrenzen des heitlichen Standardtarises soll für die zahlungspflichtigen Patienten bei einer durch die Verstärkung der sozialen Schutzfunktion dieser Tarife möglichen Zunahme der Zahl der Standardversicherten über eine rechtlich unverbindliche Empfehlung hinaus Rechtssicherheit Standardtarifes allenfalls in zu vernachlässigendem Umfang vorliegen. Allerdings ist derzeit Jedoch auch die Zahl der nach dem Standardtarif Versicherten mit 1059 (Stand 31. Dezember 197) bei insgesamt 7 Millionen privat vollversicherten Personen noch verschwindend gering. Zwar ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Ärzteschast die Empsehlung der Bun-Die Begrenzung des Gebührenrahmens bei Behandlung von Versicherten eines brancheneingewährleisten.

Die Gebührenbegrenzung trägt dem besonderen Umstand der gesetzlichen Prämienbegrenzung für bracheneinheitliche Standardtarife nach § 257 Abs. 2a SGB V Rechnung und flankiert damit die soziale Schutzfunktion dieser Tarife. Vor diesem Hintergrund müssen ordnungspolltische Bedenken gegen eine gebührenrechtliche Differenzierung der Gebührenhöhe nach der farifen der privaten Krankenversicherung, für die keine gesetzliche Begrenzung der Prämien Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungstarif zurücktreten. Für Versicherte höhe besteht, ist eine entsprechende Gebührenbegrenzung nicht beabsichtigt.

im Ergebnis tragen zur sozialen Schutzfunktion des Standardtarises die Versicherten durch den Verzicht auf die - im Standardtarif nicht zusätzlich versicherbaren - Wahlleistungen im Krankenhaus, die PKV-Unternehmen durch die Prämienbegrenzung und die Arzteschaft durch die Absenkung des Gebührenrahmens bei Standardtarifversicherten bei.

- 5b
- Versicherte des Standardtarifes. § 257 Abs. 2a SGB V i.d.F. GSG hat zum 1. 1. 1993 erstmals einen brancheneinheitlichen Standardtarif in die PKV eingeführt, dessen Einführung als Versicherungstarif durch eine private KrV die gesetzliche Voraussetzung dafür war und ist, dass die dort wegen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV freiwillig Versicherten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in Höhe der Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV (höchstens jedoch die Hälfte des von Versicherten seiner KrV gezahlten Beitrages) erhalten. Weitere Voraussetzung ist, dass der angebotene Standardtarif den gesetzlichen Leistungen der GKV vergleichbar ist und der Beitragssatz den durchschnittdichen Beitrag der GKV nicht übersteigt. Angeboten werden muss dieser Standardtarif allen Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine mindest zehnjährige Vorversicherungszeit verfügen. Die Einkommensverhältnisse des Versicherten spielen dabel keine Rolle. Da der Standardtarif für die Krankenhausbehandlung entsprechend der Leistungspflicht der GKV nur die Regelleistung und keine Wahlleistungen umfasst und auch nicht mit darauf gerichteten Zusatztarisen angeboten wird. ergibt sich daraus indirekt eine Begrenzung des Interesses an diesem Tarifangebot. Die Zahl der nach diesem Tarif Versicherten ist entsprechend gering (vgl. amtl. Begründung). Die BÄK hat eine Empsehlung an die Ärzte herausgegeben (DÄ 91, Hest 49, 9. Dezember 1994), die begrenzten Erstattungssätze dieses Tarifes (dazu RdNr. 3) der eigenen Liquidation bei Nachweis der Versicherung nach diesem Tarif zugrunde zu legen, die umfassend befolgt worden ist (vgl. amtl. Begründung).
- § 6 Abs. 3a SGB V i.d.F. GKV-Strukturreformgesetz 2000 hat zur Verhinderung eines "späten" Wechsels aus der PKV in die GKV, meist ausgelöst durch im Alter stark anstelgende PKV-Belträge, mit Wirkung zum 1. 7. 2000 eine Altersgrenze mit Vollendung des 55. Lebensjahres eingeführt, nach deren Überschreitung auch bei Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze der GKV ein Wechsel in die GKV gesetzlich ab 1. 7. 2000 grundsätzlich ausgeschlossen wird. Um diesen in der GKV gesetzlich versicherungsfreien und damit nur noch in der PKV versicherbaren Personen einen Schutz vor sozial unvertretbaren Beitragsbelastungen zu geben, wurde in § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V i.d.F. GKV Strukturreformgesetz 2000 das brancheneinheitliche Standardtarifangebot ebenfalls mit Wirkung zum 1. 7. 2000 ausgeweitet und wegen des erwarteten größeren Personenkreises gleichzeitig in § 5b GOA eine Gebührenbegrenzungsregelung aufgenommen. Erstmals wurde dadurch in der GOA ein Versicherungstarif, der Erstattungsansprüche von Versicherten gegenüber ihrer Versicherung definiert, in die Patient/Arzt Beziehung als gesetzliche Liquidationsbegrenzung übertragen und damit der Rechtscharakter der GOA als Gebührentaxe in einem Dienstleistungsvertrag verlassen (dazu § 1 RdNr. 5). Der Gesetzgeber hat diesen Systembruch gesehen, ihn jedoch mit der besonderen Schutzfunktion des hetroffenen Personenkreises gerechtfertigt (vgl. amtl. Begründung). Diese besondere Schutzbedürstigkeit wird dadurch untermauert, dass nur die ver-

- sicherten Personen ab 55 den Standardtarif in Anspruch nehmen können, deren jährliches Gesamteinkommen gemäß § 16 SGB IV die Jahresarbeitsentgeltgrenze I.S.d. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (derzeit 77400,- West; 63800,-Ost) nicht übersteigt. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres gilt diese Einschränkung entsprechend der bisher geltenden Regelung nicht mehr. Der Ehegatte des Versicherten wird in den Standardtarif einbezogen, wenn beider Gesamteinkommen die Jahresentgeltgrenze nicht übersteigt, wobei in diesem Fall der Beitrag für Ehegatten insgesamt 150 v.H. des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV nicht übersteigen darf. Der Anwendungsbereich dieser Regelung ist auf Selbstständige ausgeweitet worden, da anders als bisher für die geforderte Vorversicherungszeit von zehn Jahren auf einen substitutiven Versicherungsschutz i.S.d. § 12 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz abgestellt wird.
- Der Gesetzgeber hat jedoch in § 257 Abs. 2a SGB V i.d.F. GKV Strukturreformgesetz 2000 den Kreis der Schutzbedürstigen weit über den Kreis des wegen Alters und sehlender Vorversicherungszeiten von einer Rückkehr in die GKV ausgeschlossenen Personenkreises hinaus ausgeweitet und in § 257 Abs. 2a Nr. 2a - 2c SGB V i.d.F. GKV Strukturreformgesetz 2000 insbesondere für beihilfeberechtigte Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst unter den gleichen Voraussetzungen, wie in RdNr. 1.1 genannt, den brancheneinheitlichen Standardtarif angeboten, obwohl insoweit eine Änderung der gesetzlichen Befrelung von der Versicherungspflicht in der GKV und der Möglichkeiten zum Abschluß einer Zusatzversicherung nicht erfolgt ist. Der Beitragssatz des Standardtarifes reduziert sich wegen des fortbestehenden Beihilfeanspruches auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil auf den durchschnittlichen Höchstsatz der GKV (§ 257 Abs. 2a Nr. 2b SGB V). Ruhegehaltsempfänger und Rentenanspruchsberechtigte, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, können unter den in RdNr. 1.1 genannten Voraussetzungen (ohne Einkommensbegrenzung) ebenfalls den Standardtarif in Anspruch nehmen. Familienangehörige, die bei einer Versicherungspflicht in der GKV in den Kreis der mitversicherten Familienangehörigen einbezogen wären, sind in den Standardtarif einzubeziehen (§ 257 Abs. 2a Nr. 2a- 2b SGB V).
- 2.3 Zusätzlich wird die PKV verpflichtet, diesen brancheneinheitlichen Standardtarif ohne Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten, Altersgrenzen und Gesamteinkommen ohne Risikozuschlag auch solchen Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmegründen aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten (§ 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V). Voraussetzung ist, dass diese Personen das Angebot des Standardtarifes innerhalb der ersten sechs Monaten nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. 12. 2000 annehmen.
- 1.4 Insgesamt ist somit der Kreis der Anspruchsberechtigten für den von der PKV anzubietenden bracheneinheitlichen Standardtarif erheblich ausge-

dehnt worden und umfasst in der Übersicht folgenden tabellarisch nochmals aufgelisteten Personenkreis:

- versicherte Personen ab 55, wenn sie mindestens 10 Jahre einen substitutiven Versicherungsschutz hatten und mit ihrem j\u00e4hrlichen Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht \u00fcberstelgen, wobei Ehegatten unter Anhebung des Beltrages auf 150 v.H. des H\u00f6chstbeitrages der GKV einbezogen sind, wenn heider Gesamteinkommen die Jahressarbeitsentgeltgrenze nicht \u00fcberstelgt;
- versicherte Personen ab 65 unter den gleichen Bedingungen, jedoch ohne Einkommensbegrenzung für sich aber mit Einkommensbegrenzung für den Ehegatten:
- Versicherte Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen haben unter den gleichen Voraussetzungen, wobei Familienangehörige, die in der GKV mitversichert wären, einbezogen sind;
- Personen unter 55, die in der gesetzlichen Rentenversicherung rentenberechtigt sind und den Rentenantrag gestellt haben sowie Ruhegehaltsempfänger, wobei Familienangehörige, die in der GKV mitversichert wären, einbezogen sind;
- Personen mit besonderen Risiken (Behinderungen) ohne Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten. Altersgrenzen und Einkommensgrenzen, wenn sie wegen dieses Risikos nicht oder nur zu ungünstigen Bedingungen versichert werden könnten und das Angebot des Standardtarifes innerhalb bestimmter Fristen annehmen.
- 2 Leistungen. Beiträge und Versicherungsleistungen des brancheneinheitlichen Standardtarifes müssen denen der GKV entsprechen. Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV bzw. 150 v.H. dieses Satzes für Ehegatten ist der zulässige Höchstbeitrag des Standardtarifes. Seine Leistungen müssen den Leistungen des SGB V bei Krankheit vergleichbar sein (§ 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V i.d.F. GKV Strukturreformgesetz 2000).
- 2.1 Es handelt sich aber nach wie vor um Leistungen einer privaten KrV, sodass insbesondere die gegenüber der PKV strengeren Vorschriften des Wirtschaftlichkeitsgebotes der GKV nicht gelten, sondern § 1 Abs. 2 GOÄ und das darin verankerte Maß des Notwendigen auch für die Leistungserbringung bei Standardtarif-Versicherten gilt. Auch die Gebührenbegrenzung des § 5b gilt nur für Leistungen, die im Standardtarif versichert sind und nicht für Leistungen außerhalb dieses Tarlfes.
- 2.2 Leistungen, die nicht GKV- Leistungen sind, kann der Versicherte deswegen nicht nach den Bedingungen des Standardtarises in Anspruch nehmen: die Gebührenbegrenzung des § 5b gilt deswegen insoweit nicht. Auch nicht zusätzlich versicherbar im Standardtaris sind insbesondere die Wahlleistungen der stationären Behandlung im Krankenhaus, da sie nicht GKV-Leistungen sind. Die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 135 SGB V und des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137c SGB V zur Bewertung von Untersuchungs- und Behand-

lungsmethoden als Leistung der GKV dürsten daher ebenso relevant sein sür die Inanspruchnahme von Leistungen im Standardtarif, wie die Negativliste für Arzneimittel gemäß § 34 SGB V. Allerdings fordert § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V nicht die Identität sondern die Vergleichbarkeit der Leistung, sodass ein gewisser Spielraum für die Ausgestaltung des Standardtarifes durch die PKV besteht, der jedoch wegen der geforderten Brancheneinheitlichkeit nur gemeinsam von allen Versicherern ausgeübt werden kann, die den Standardtarif anbieten.

3 Gebühren nur bis zum -fachen. Die gesetzliche Gebührenbegrenzung in § 5b entspricht der derzeitigen Erstattungsobergrenze der Standardtarife. Diese Erstattungssätze sind jedoch in § 257 SGB V nicht gesetzlich vorgegeben sondern tarislich durch die PKV festegelegt und damit variabel. Durch die jetzt in § 5b erfolgte gesetzliche Begrenzung der ärztlichen Liquidation auf bestimmte Steigerungssätze erfolgt aber faktisch eine Beseitigung der bisherigen Varlabilität der Erstattungsobergrenzen. Niedrigere Erstattungssätze würden den Arzt nicht binden; höhere dürste er nicht liquidieren. Die Steigerungssätze des Standardtarises sind folgender Tabelle zu entnehmen:

•	Leistungen aus den GOÄ-Kapiteln		
	A, E, O	M	alle übrigen
Gebührenrahmen § 5 GOÄ	1- bis 2,5fach	1- bis 1,3fach	1- bis 3,5fach
Begründungsschwelle (normaler GOÄ – Satz)	1,8fach	1.15fach	2,3fach
Standardtarif	1,3fach	1,1fach	1,7fach

Die Verpflichtung des Arztes zur Beachtung der Sätze des Standardtarifes bei Standardtarif- Versicherten gilt gemäß § 5b ausnahmslos. Voraussetzung muss jedoch sein, dass der Versicherte den Arzt unter Vorlage eines von seiner Versicherung für diesen Tarif ausgestellten Versicherungsauswelses aufgrund des Standardtarifes in Anspruch nimmt oder einen solchen Nachweis auf Anforderung des Arztes beibringt. Der Versicherte, der für sich die Begrenzung der Liquidation in Anspruch nehmen will, muss dem Arzt gegenüber die Voraussetzungen nachweisen, anderenfalls ist der Arzt nicht daran gebunden. Gibt sich der Versicherte gegenüber dem Arzt nicht als Standardtarif-Versicherter zu erkennen, beruft sich aber später darauf, ist der Arzt nicht nach § 5b gebunden, da der Behandlungsvertrag als Grundlage des Liquidationsanspruches nicht auf der Grundlage von § 5b zustande gekommen ist. Gibt der Versicherte bei Beginn der Behandlung seine Versicherung nach dem Standardtarif bekannt, hat aber die Versichertenkarte nicht bei sich, kann er den Nachweis später erbringen. Fristen gibt es hierfür nicht, jedoch kann im Einzelfall des Recht aus den Standardtarif

- verwirkt sein, wenn der Nachweis trotz Aufforderung nicht oder unverhältnismäßig spät erbracht wird.

3.2

Abweichende Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung auf der Grundlage von § 2 Abs. 1 sind zulässig, da sich das Verbot abweichender Vereinbarungen in § 2 Abs. 1 Satz 2 nur auf § 5a und ausdrücklich nicht auf § 5b bezieht. Allerdings gilt § 2 Abs. 3 selbstverständlich auch für den Standardtarif, sodass abweichende Vereinbarungen für Leistungen nach Abschnitten A, E, M und O auch insoweit ausgeschlossen sind.

Barmenia Versicherungen, 42094 Wuppertal

Barmenia Krankenversicherung a.G.

Kundenbetreuung

· von 7:00 - 20:00 Uhr

Telefon (02 02) 4 38-22 50 Fax (02 02) 4 38-27 03

www.barmenia.de

E-Mail kundenbetreuung@barmenia.de

Tag

10.12.2003

Der brancheneinheitliche Standardtarif wurde 1994 zunächst für Personen eingeführt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens zehn Jahren ununterbrochen privat krankenversichert sind.

Zum 01.07.2000 traten eine Reihe von Änderungen in Kraft. Unter anderem steht der Standardtarif einem erweiterten Personenkreis zur Verfügung. Neben den oben genannten Personen können auch folgende Versicherte den Standardtarif vereinbaren:

- Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, sofern deren Jahreseinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (45.900 EUR für das Jahr 2003) nicht übersteigt und die seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert sind. (Für Personen, die am 31.12.2002 als Angestellte privat krankenversichert waren, gilt eine Jahresarbeits entgeltgrenze von 41.400 EUR).
- Personen, die jünger als 55 Jahre sind und die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten (oder beantragt haben) bzw die ein Ruhegeld nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen, sofern deren Jahreseinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (s. o.) nicht übersteigt und die ebenfalls seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert sind.

bitte wenden

Der Standardtarif bietet ein Leistungsniveau, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Ändern sich die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, können auch die Leistungen des Standardtarifs geändert werden.

Wichtige Einzelheiten zum Leistungsumfang entnehmen Sie bitte den beiliegenden Versicherungsbedingungen.

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung (z. B. zur Absicherung der Kosten für die bessere Unterbringung und die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus) bestehen oder abgeschlossen werden.

Der Beitrag für den Standardtarif wird auf den jeweils gültigen durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt (483 EUR für das Jahr 2003). Für Ehepaare wird der Beitrag auf 150% des Höchstbeitrages beschränkt, allerdings nur dann, wenn das gesamte Jahreseinkommen beider Ehepartner zusammen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

Berücksichtigen Sie bitte, dass es sich bei dem angegebenen Beitrag lediglich um eine Berechnung zum momentanen Stand handelt. Dieser Beitrag ist NICHT identisch, mit dem zu gegebener Zeit zu zahlendem Beitrag.

Haben Sie noch Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an. Das Team der Kundenbetreuung ist bis 20:00 Uhr für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Barmenia-Kundenbetreuung

Anlage

Krankheitskostenversicherung

Barmenia Versicherungen

Barmenia Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung Kronprinzenallee 12-18 42094 Wuppertal

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs 20

Standardtarif für ältere Versicherte (ST)	Inhaltsübersicht Se	ite
Allgemeine Versicherungsbedingungen	Allgemeine Versicherungsbedingungen Musterbedingungen und Tarifbedingungen	
Teil I Musterbedingungen 2000 für den Standardtarif §§ 1-18 (MB/ST 2000)	Der Versicherungsschutz § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich	
Teil II Tarifbedingungen (TB/ST) Nr. 1-10	des Versicherungsschutzes § 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
Teil III Tarif ST	§ 3 Wartezeiten § 4 Umfang der Leistungspflicht	4
	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
Stand 01.01.2002	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	6
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Beitragszahlung	6
	§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung,	
	-angleichung und -anpassung	6
	§ 9 Obliegenheiten	7
	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	8
	§ 11 Ansprüche gegen Dritte	8
	§ 12 Aufrechnung	8
	Tada dan Wantah	
	Ende der Versicherung	
	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer § 14 Kündigung durch den Versicherer	Ö
. •	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	ō
	3 13 Sousaige Decindigungsgrunde	y
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	9
	§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand	9
		9
	Anhang	10
	Tarif ST	
<u>.</u>	Finfithman	
	Einführung 1 Leistungen	13
·	A. Ambulante Behandlung	1 4
	B. Zahnbehandlung und -ersatz,	14
	Kieferorthopädie 1	16
	C. Stationäre Heilbehandlung	12
	D. Entbindungen	16
	Anlage	
	Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs	
	für zahntechnische Leistungen	17
	77 14 1. 1	• •

Präambel

Der Standardtarif ST nach § 257 Abs. 2 a SGB V (siehe Anhang) garantiert dem aufnahmefähigen und versicherungsfähigen Privatversicherten (siehe Nummer 1 TB/ST), dass er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muss als den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten zahlen unter bestimmten Voraussetzungen (siehe § 8 a Abs. 2 MB/ST) insgesamt höchstens 150 v. H. dieses Höchstbeitrages. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteil.

Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist dem der GKV vergleichbar und kann auch künftig angepasst werden (siehe Nummer 10 TB/ST). Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils erbracht.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

Nr. 1 Tarifstufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten

- (1) Der Standardtarif wird in zwei Tarifstufen angeboten:
- Tarifstufe STN
- Tarifstufe STB
- (2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STN sind Personen, die bei Krankheit <u>keinen</u> Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG, siehe Anhang) verfügen, wenn sie
- a) das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- b) das 55. Lebensjahr vollendet haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, siehe Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, siehe Anhang) nicht übersteigt,
- c) vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen und sie beantragt haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, siehe Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, siehe Anhang) nicht übersteigt. Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V (siehe Anhang) familienversichert wären.

- (3) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STB sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG, siehe Anhang) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2 a und b erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG, siehe Anhang) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, siehe Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, siehe Anhang) nicht übersteigt; dies gilt auch für deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V (siehe Anhang) familienversichert wären.
- (4) Abweichend von den in Absatz 3 genannten Voraussetzungen sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige in der jeweils beihilfesatzkonformen Leistungsstufe der Tarifstufe STB aufnahmefähig, wenn sie nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten. Die Aufnahme in den Standardtarif muss innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung einer Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft oder nach der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 beantragt werden.
- (5) Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.
- (6) Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit müssen durch die Vorlage von Unterlagen nachgewiesen werden, z. B.:
- aktueller Einkommensteuerbescheid
- Nichtveranlagungsbescheinigung
- Rentenantrag mit Eingangsbestätigung des Rentenversicherungsträgers
- Rentenbescheid bzw. Rentnerausweis
- Bestätigung über Ruhegehaltsbezug nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
- Bestätigung der Beihilfestelle über Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
- Bestätigung der Beihilfestelle über Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen bei der Beihilfe
- Ernennungsurkunde über die Berufung in das Beamtenverhältnis.
- (7) Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz in der Tarifstufe STB des Standardtarifs so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der

weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. nach Fortfall des Beihilfeanspruchs gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8 a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe STN beihilfeberechtigt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Erlangung des Beihilfeanspruchs anzuzeigen. Ab dem Zeitpunkt der Erlangung des Beihilfeanpruchs wird die Versicherung nach Tarifstufe STB weitergeführt. Wird der Versicherer nicht fristgemäß informiert, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des auf die Kenntnisnahme durch den Versicherer folgenden Monats.

(8) War zu Beginn der Versicherung das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, wird bei Versicherten nach Absatz 2 und 3 ein vereinbarter Risikozuschlag bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in gleicher prozentualer Höhe auch im Standardtarif erhoben. Ist der Versicherungsschutz des Standardtarifs aber höher oder umfassender als der bisherige, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Ein zu Beginn der Versicherung vereinbarter Leistungsausschluss wird bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in einen Risikozuschlag umgewandelt. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8 a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen.

Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach Absatz 4 erfolgt, werden für die Dauer der Versicherung nach Tarifstufe STB nicht durch den bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschlag belastet.

- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3).

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Beantragen Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach Nummer 1 Abs. 4 erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zu Grunde gelegt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt,wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 2 Wartezeitenanrechnung

Auf die Wartezeiten wird die Versicherungszeit in einem Tarif mit substitutivem Versicherungsschutz angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Nr. 3a Psychotherapie

Bei ambulanter oder bei stationärer Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat und die Therapie von einem niedergelassenen approbierten Arzt mit einer Zusatzausbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie oder einem in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler. Erstattungsfähig sind nur die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 3c Definitionen

- (1) Als Arzneimittel gelten nicht: Nährmittel, Stärkungsmittel, Geheimmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Badezusätze, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen androgenetisch bedingten Haarausfall sowie sonstige Mittel, für die die GKV keine Leistungen vorsieht.
- (2) Erstattungsfähige Heilmittel sind nur die im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen physikalisch-medizinischen Leistungen, soweit sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt werden.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

- (3) Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.
- (4) Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrstühlen und anderen Hilfsmitteln umfasst die Aufwendungen für das Ausleihen, die Reparatur sowie die Unterweisung im Gebrauch, nicht aber für Wartung, Gebrauch und Pflege.

Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser besteht nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit - bezogen auf ein Auge - um mindestens 0,5 Dioptrien. Aufwendungen für Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nr. 3d Einschränkung

Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen

Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Nr. 4a Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die gewährten Leistungen einzureichen

Die Belege der Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

- (2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.
- (3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

Nr. 4b Prüfpflicht

Die Zahlung an den Überbringer oder Übersender von Nachweisen befreit den Versicherer nicht von seiner Leistungspflicht, wenn ihm begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt sind.

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 5 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 6 Kosten

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine Überweisung in das Ausland erfolgt oder eine besondere Überweisungsform gewünscht wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine

Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus den Tarifbedingungen ergibt.

Nr. 7 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,51 EUR.

- (6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 8 Eintrittsalter

- (1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Standardtarif und dem Geburtsjahr. Der Tatsache, dass das Eintrittsalter der versicherten Person in die Krankheitskostenversicherung, aus der sie in den Standardtarif wechselt, niedriger gewesen ist, wird in der Weise Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Dabei darf der neue Beitrag den halben niedrigsten Erwachsenenbeitrag (Männer, Frauen) der versicherten Leistungsstufe nicht unterschreiten.
- (2) Für Kinder und Jugendliche richtet sich der Beitrag nach dem jeweils vollendeten Lebensjahr. Nach Vollendung des 16. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Jugendlichenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe und nach Vollendung des 21. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe berechnet.
- (2) Der zu zahlende Beitrag ist für Einzelpersonen begrenzt auf die Höhe des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 v. H. des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. In die Beitragsbegrenzung wird bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten auch der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung einbezogen, soweit sie Leistungen von höchstens 70 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V, siehe Anhang) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V, siehe Anhang).

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag nach Satz 1 begrenzt auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteil des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV gemäß Satz 2. Der für die Beitragsbegrenzung maßgebliche Beihilfesatz ist der nach den jeweiligen Beihilfebestimmungen gültige Beihilfebemessungssatz; abweichende Beihilfebemessungssätze für einzelne Arten beihilfefähiger Aufwendungen bleiben hier außer Betracht.

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung sind nachzuweisen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung bei Ehegatten oder Lebenspartnern durch

- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Tod eines Ehegatten oder Lebenspartners
- Scheidung
- Beendigung des Standardtarifs für einen Ehegatten oder Lebenspartner

ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist dann berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls die Beitragsbegrenzung für Einzelpersonen anzuwenden. Unabhängig von der Anzeigepflicht kann der Versicherer in regelmäßigen Abständen die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Beitragsbegrenzung überprüfen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheids verlangen.

Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet.

Die Differenz zwischen dem zu zahlenden und dem nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulatorisch notwendigen Beitrag wird durch einen Zuschuss des Versicherers ausgeglichen.

- (3) Ändert sich der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV, wird bei Versicherten, die einen Zuschuss des Versicherers gemäß Absatz 2 letzter Satz erhalten, eine Beitragsangleichung auf den kalkulatorisch notwendigen Beitrag vorgenommen, höchstens jedoch bis zur Höhe des neuen durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV. Absatz 2 Satz 1 und 3 gelten entsprechend.
- (4) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für die Tarifstufen STN und STB anhand der jeweiligen Gemeinschaftsstatistik gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10 v. H., so werden die Beiträge der betroffenen Tarifstufe überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5 v. H. können die Beiträge der betroffenen Tarifstufe überprüft und, soweit

erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

- (5) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.
- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses in dem Umfang ausgeschlossen, in dem eine Alterungsrückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis zu bilden ist.

(7) Beitragsangleichungen (siehe Absatz 3) werden zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des geänderten durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Beitragsanpassungen (siehe Absatz 4) und Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Beitragszuschlägen (siehe Absatz 5) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen. Besteht gleichwohl eine solche Versicherung, entfällt für die Dauer dieser Versicherung die Begrenzung des Höchstbeitrages auf den Höchstbeitrag der GKV gemäß § 8 a Abs. 2

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungs-

- nehmer eine Krankheitskosten-Vollversicherung insoweit zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Will der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch machen, so hat er spätestens innerhalb zweier Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht zu kündigen. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung erlangt wird oder eine versicherte Person infolge nicht nur vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8 a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

§ 18 Änderungen des Standardtarifs

(1) Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß § 257 Abs. 2b SGB V (siehe Anhang) auf Grund einer Vereinbarung zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen.

Nr. 10 Leistungsänderung

Der Standardtarif sieht Leistungen vor, die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar sind. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 MB/ST 2000 berechtigt, die tariflichen Leistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den Leistungen der GKV anzupassen.

Dabei können auch im Tarif genannte betraglich festgelegte Zuzahlungen des Versicherten, betraglich festgelegte Zuschüsse des Versicherers und erstattungsfähige Höchstbeträge bei Anhebung und bei Absenkung der entsprechenden Leistungsgrenzen der GKV angeglichen werden.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

- 1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- 2. Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
- 3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- 4. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- § 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers 1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- 2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- 3. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

- 1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- 2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- 3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- 4. Soweit die in den Absätzen 2 und 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

- 1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- 2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 12 Absatz 1

Soweit die Krankenversicherung geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

- 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses von höchstens 3,5 vom Hundert zu berechnen sind,
- 2. die Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
- 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
- 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist

§ 12 Absatz 4 a

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden*). Für Ausbildungs-, Auslands- und Reise-Krankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten und bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

*) Erläuterung: Aus der angesammelten Rückstellung werden ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten Beträge zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen, entnommen. Nicht verbrauchte Beträge werden mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung eingesetzt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Viertes Buch (SGB IV)

§ 16 Gesamteinkommen

Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

Fünftes Buch (SGB V)

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Jahresarbeitsentgeltgrenze) übersteigt; dies gilt nicht für Seeleute; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 245 Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

- (1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den der Bundesminister für Gesundheit jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt für Studenten vom Beginn des auf die Feststellung folgenden Wintersemesters, im Übrigen jeweils vom 1. Oktober an.
- (2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (1) ...
- (2) ..
- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
- 1.
- sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen

Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
- 3. 4.
- 5. ...

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt. Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen.

Teil III Tarif ST

Einführung:

In den Abschnitten A bis D des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z. B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung - Abschnitt A 1) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z. B. 100 v. H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A 1 oder 65 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B 2). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.

Tarifstufe STN

für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v. H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis D des Tarifs.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag): 100 v. H. der Leistungszusage = 650 EUR

Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 v. H. (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 v. H. = Leistungssatz 20 v. H. = Leistungsstufe 20). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Leistungsstufen und Erstattungssätze. Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Tarifstufe	STB					
Leistungsstufe	100	70	60	50	45	40
Erstattungssatz						
Abschnitt						
A., B., C., D.	100	-70	60	50	45	40
(ambulant, Zahn,	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
stationär, Entbindung)						
Tarifstufe	STB					
Leistungsstufe	35	30	25	2	0	15
Erstattungssatz Abschnitt						·
A., B., C., D.	35	30	25	2	0	15
(ambulant, Zahn, stationär, Entbindung)	v.H.	v.H.	v.ł	ł. v	.Н.	v.H.

Leistungsstufe	70/55	60/45	55/40	50/35	45/30
Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, am- bulante Entbindung)	70 v.H.	60 v.H	55 v.H.	50 v.H.	45 v.H.
Erstattungssatz Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre Entbindung)	55 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.
Tarifstufe	STB				
Leistungsstufe	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, ambulante Entbindung)	40 v.H.	35 v.H	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.
Erstattungssatz Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre	25 v.H.	20 v.H.	15 v.H.	15 v.H.	15 v.H.

STB

Beispiel:

Tarifstufe

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag) bei Leistungsstufe 20 : 20 v. H. der Leistungszusage = 130 EUR

Gesetzliche Vorschriften zur Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren

Die Bemessung der Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung ist in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) gesetzlich geregelt:

§ 5 b GOÄ:

"Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt."

§ 5 a GOZ:

"Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden."

Der Erstattung nach den Abschnitten A.1, A.2, B.1, B.2, B.3, C.2, D.1 und D.2 werden für ärztliche und zahnärztliche Leistungen maximal die Aufwendungen bis zu den vorgenannten Gebührensätzen zu Grunde gelegt.

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Behandlung

1. Ambulante ärztliche Behandlung, Früherkennung

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland eingeführten Programmen, soweit die Gebühren die in § 5 b GOÄ genannten Gebührensätze nicht übersteigen.

2. Psychotherapie

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen unter der Voraussetzung der Nr. 3 a TB/ST bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr; auch bei nichtärztlichen Therapeuten werden die Aufwendungen wie für ärztliche Therapeuten bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes der GOÄ erstattet. ¹

3. Rettungsfahrten

100 v. H. der 13 EUR übersteigenden

Fahrkosten zum nächsterreichbaren

- Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;
- Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

4. Häusliche Behandlungspflege

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen), bis zu den von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen.

Arznei- und Verbandmittel

80 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel (siehe Nr. 3 c Abs. 1 TB/ST)²,

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

6. Heilmittel

80 v. H.

der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

- des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (siehe Nr. 3 c Abs. 2 TB/ST)
- des Logopäden (siehe Nr. 3 c Abs. 3 TB/ST) erstattungsfähigen Aufwendungen,

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

7. Hilfsmittel

80 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (siehe Nr. 3 c Abs. 4 TB/ST):

Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

100 v. H.

8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (siehe Nr. 3 c Abs. 4 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- 511,29 EUR für Hörgeräte innerhalb von drei Kalenderjahren,
- 766,94 EUR für Krankenfahrstühle.

9. Selbstbehalt für die Abschnitte A.5 bis A.7

Tarifstufe	STN			
Leistungsstufe	100			
Selbstbehalt in EUR	306,78	3	-	
Tarifstufe	STB			
Leistungsstufe	100	70, 70/55	60, 60/45	55/40
Selbstbehalt in EUR	306,7	214,7	184,0	168,7
	- 8	<u> 4. </u>	7	3
				,
	-	- ,		
Tarifstufe	STB			
Tarifstufe Leistungsstufe	50,	45,	40,	35,
			40, 40/25	
	50, 50/35 153,3	45/30 138,0		
Leistungsstufe	50, 50/35	45/30	40/25	35/20
Leistungsstufe	50, 50/35 153,3	45/30 138,0	40/25	35/20
Leistungsstufe	50, 50/35 153,3	45/30 138,0	40/25	35/20
Leistungsstufe Selbstbehalt in EUR	50, 50/35 153,3 9	45/30 138,0	40/25	35/20 107,3 7
Leistungsstufe Selbstbehalt in EUR Tarifstufe	50, 50/35 153,3 9	45/30 138,0 5	40/25 122,7 1	35/20
Leistungsstufe Selbstbehalt in EUR Tarifstufe	50, 50/35 153,3 9 STB 30,	45/30 138,0 5	40/25 122,7 1 20,	35/20 107,3 7

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7 werden zu 80 v. H. der Erstattung zu Grunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. Der letztendlich beim Versicherten verbleibende Selbstbehalt ist auf den in der vorstehenden Tabelle genannten Betrag beschränkt. Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 v. H. der Erstattung zu Grunde gelegt. Der Selbstbehalt und die Erhöhung auf 100 v. H. gelten je versicherte Person und Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Prophylaxe

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Strahlendiagnostik,
- gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- individuelle Prophylaxe in Einzelunterweisung, soweit die Gebühren das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. § 5 a GOZ) bzw.

die in § 5 b GOÄ genannten Gebührensätze nicht übersteigen.

2. Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse, Implantologie, Zahntechnik

65 v. H.

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für
 - Einlagefüllungen in metallischer Ausführung ohne Verblendung
 - Kronen (Vollkrone/Teilkrone) und Brücken in metallischer Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 5
 - Prothesen
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
 - implantologische Leistungen, begrenzt auf das Einbringen von zwei Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
 - Heil- und Kostenplan sowie vorbereitende Maßnahmen

soweit die Gebühren das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. § 5 a GOZ) bzw. die in § 5 b GOÄ genannten Gebührensätze nicht übersteigen,

 der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (siehe Nr. 3 b TB/ST).

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heilund Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.556,46 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.556,46 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 65 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zu Grunde gelegt.

3. Kieferorthopädische Behandlung

80 v. H.

der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt, soweit die Gebühren das 1,7fache der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. § 5 a GOZ) bzw. die in § 5 b GOÄ genannten Gebührensätze nicht übersteigen.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heilund Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.556,46 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.556,46 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 80 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zu Grunde gelegt.

C. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

100 v. H. der 9 EUR pro Tag übersteigenden

Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen (siehe Nr. 3 d TB/ST).

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 9 EUR täglich endet nach 14 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.

2. Belegärztliche Behandlung

100 v. H.

der Aufwendungen für belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistungen, soweit die Gebühren das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. § 5 a GOZ) bzw. die in § 5 b GOÄ genannten Gebührensätze nicht übersteigen.

Fahrkosten

100 v. H. der 13 EUR übersteigenden

Fahrkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden, und Fahrkosten vom Krankenhaus bis zu 100 Kilometer.

D. Entbindungen

1. Häusliche Entbindungen

Für häusliche Entbindungen gilt Abschnitt A.

2. Stationäre Entbindungen

Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1 und D.2 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Soweit das Bundesministerium für Gesundheit die Entgelte für psychotherapeutische Leistung in einer Gebührenordnung regelt, gilt diese als Grundlage für die Leistungen des Versicherers bis zu den für ärztliche Therapeuten geltenden Gebührensätzen.

Wird eine Liste von Arzneimitteln erlassen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden können, ist der Versicherungsschutz auf diese begrenzt.

Belegärzte sind niedergelassene, nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die ihre Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird bei Personen, deren Beihilfevorschriften unterschiedliche Beihilfebemessungssätze für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen, statt der Tarifstufenbezeichnung STB die Bezeichnung STL und der ambulante Erstattungssatz vermerkt.

Beispiel: STL 35 = Tarifstufe STB, Leistungsstufe 35/20

Bei Personen, die durch den bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschlag nicht belastet werden, wird die Tarifbezeichnung um ein "F" ergänzt.

Beispiel: STB 30 F = Tarifstufe STB, Leistungsstufe 30, fiktiver Risikozuschlag

Tarif ST

Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Ausgabe 1998

Leistu	ng	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
001	Modell	5,22
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003	Set-up	7,86
005	Stumpfmodell	8,96
007	Zahnkranz sockeln	5,26
011	Modellpaar trimmen/Fixator	7,91
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	7,70
013	Modellpaar sockeln	20,04
020	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	7,04
021	Basis für Autopolymerisat	18,49
022	Bisswall	5,19
024	Übertragungskappe	20,28
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,41
032	Formteil	15,93
101	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	60,42
102	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	65,89
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	11,84
104	Modellation gießen	15,28
105	Stiftaufbau	43,15
110	Brückenglied	49,62
111	Mantelkrone Kunststoff	60,44
112	Mantelkrone Keramik	85,14
120	Teleskopierende Krone	203,28
130	Steg	83,86
131	Steglasche/Stegreiter	46,02
132	Steggeschiebe individuell	94,67
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillenschulter-Geschiebe	177,82
134	Konfektionsgeschiebe/Konfektionsgelenk/Konfektionsanker/Konfektionsriegel	85,34
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,30
136	Gefrästes Lager	44,62
137	Schubverteilungsarm	25,80
140	Riegel individuell	113,51
150	Metallverbindung nach Brand	24,85
160	Verblendung Kunststoff	36,69
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,88
162	Verblendung aus Keramik	75,60
163	Zahnfleisch aus Keramik	75,00 30,14
		20,14

^{*)} Änderungen sind vorbehalten (siehe Nr. 10 TB/ST).

Leistu	ng	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
201	Metallbasis	107,11
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/	107,11
	Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	11,25
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/	11,20
	Rücklaufklammer/Bonyhardklammer	
	Gegenlager/Doppelbogenklammer	17,77
204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer,	
	Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer,	
	Auflage/Überwurfklammer, Auflage	22,64
205	Bonwillklammer	39,56
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	36,65
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	11,89
211	Abschlussrand	16,28
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,89
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,27
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,62
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,88
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,45
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	39,27
362	Fertigstellung je Zahn	2,80
380	Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/	
	Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,42
381	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer,	
	Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,85
382	Weichkunststoff ZE	83,74
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,59
401	Aufbissschiene/Knirschnerschiene/Bissführungsplatte	76,87
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	50,65
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	37,07
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,27
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	101,56
701	Basis für Einzelkiefergerät	45,05
702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,99
703	Schiefe Ebene	39,99 53.27
704	Vorhofplatte	52,37
705	Kinnkappe	46,49
710	Aufbiss	8,39
711	Abschirmelement	16,01 44,55
712	Weichkunststoff KFO	13,49
720	Schraube einarbeiten	20,78
721	Spezialschraube einarbeiten	5,92
722	Trennen einer Basis	2,92

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	16,36
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,25
732	Labialbogen intermaxiliär	26,75
733	Feder, offen	7,43
734	Feder, geschlossen	10,15
740	Verbindungselement intramaxillär	20,46
741	Verbindungselemente intermaxillär	21,85
742	Verankerungselement	19,50
743	Einzelelement einarbeiten	10,12
744	Metallverbindung KFO	13,08
750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	7,86
751	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,85
761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder	14,83
701	Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,77
762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	•
770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	6,54
801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	26,38
802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten	16,18
002	Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/	•
	Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	
803	Retention, gebogen	6,74
804	Retention, gegossen	30,57
806	Gegossenes Basisteil	35,10
807	Metallverbindung	54,95
808	Teilunterfütterung	15,25
809		37,67
810	Vollständige Unterfütterung Basis erneuern	48,55
813		59,00
820	Auswechseln von Konfektionsteilen	7,86
933	Kronen- oder Brückenreparatur	33,26
	Versandkosten	
970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	8,07
S0020	Remontage-Modell	
S0401	Montage eines Modellpaares in Fixator	24,24
S0402	Montage in Mittelwertartikulator I	9,71
S0404	Modellmontage in individuellen Artikulator I	11,66
S0407	Montage eines Gegenkiefermodells	12,63
S0408	Einstellen nach Registrat	7,16
S2301	Gussfüllung indirekt einflächig	7,77
S2302	Gussfüllung indirekt zweiflächig	45,27
S2303	Gussfüllung indirekt dreiflächig	53,10
S2304	Gussfüllung indirekt mehrflächig	62,56
S2307	Gussonlay	66,06
		66,06

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistun	ng .	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
	I. Inhalationen	
001	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
٠	II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage,	
003	Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage - Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage	19,50
004	bei nach Abschluß der Hirnreise erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen,	23,10
005	als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	Krankengymnastik in einer Gruppe (zwei bis acht Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
006	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (zwei bis vier Person Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen) bei Behar schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehm	
007 a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Muskoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 7.70
008 009	Bewegungsübungen Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	7,70 23,60
010	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad	11,80
011	(bis fünf Personen), je Teilnehmer - einschl. der erforderlichen Nachruhe - Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen,	22,50
012	Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten Chirogymnastik - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	14,40
013	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlung 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 5,20
015 016	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge) Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (A. B. Salvarda Franciscopiech Positisches Confit Schlingentisch)	6,70
	(z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Peri'sches Gerät, Schlingentisch)	0,70
	III. Massagen	•
017	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	 b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten c) Kompressionsbandagierung einer Extremität 	29,20 8,70
019	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von	
	mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

	and a managem, and an owner along a management		
020	Heiße Rolle		
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		10,30
021	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile	•	
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		
	bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	2.0	•
	(z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)		11,80
022	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe)	•	
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		12,30
023	Wechselteilbad		12,50
023	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		9,20
025	Medizinische Bäder mit Zusätzen		9,20
023			
•	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte,		
	ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige		
	und salizylsäurehaltige Zusätze		6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz	* ************************************	
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		13,30
	c) Weitere Zusätze, je Zusatz		3,10
026	Gashaltige Bäder	ė	•
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad)		
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		19,50
-	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz		17,50
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)	* *	22,30
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		21.00
	Ambain, der errordermenen radentalle -		21,00
	V. Kälte- und Wärmebehandlung		
			• •
027	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)		9,80
′027 a	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	i	6,70
028	Eisteilbad		
029	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung		9,80
	(Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile		-'
	(Stamond, Stamon - aden initiator -) chies oder memerer Korpenene		5,70
	VI. Elektrotherapie	•	
	v 1. Elektrotherapie		
030	Tileman halling in the state of		
	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese		6,20
031	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen		
	(Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)		6,20
032	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen		•
	(z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)		6,20
033	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen		
	oder schlaffen Lähmungen		11,80
034	Iontophorese		6,20
035	Zwei- oder Vierzellenbad		
036	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz		11,30
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		20.00
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •		22,00

VII. Lichttherapie

037	Behandlung mit Ultraviolettlicht		
	a) als Einzelbehandlung		3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer		2,60
038	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht		3,10
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht		5,20
039	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes		6,20
040	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder		8,70
			0,70
	VIII. Logopädie		••
.041	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen,		
	einmal je Behandluhgsfall		31,70
042	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung,		
	nur auf spezielle Verordnung bei Verdacht auf zentrale		•
	Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall		49,60
042 a	Ausführlicher Bericht		11,80
043	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen		,
	a) Mindestdauer 30 Minuten	•	31,70
	b) Mindestdauer 45 Minuten		41,50
*	c) Mindestdauer 60 Minuten		52,20
044	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung		00,00
	des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer		
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten		14,90
. •	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten		17,40
	o) Trustandian Prabba in managemental management de liviniment	1	,