

Die Sozialfunktionalität der PKV im dualen System

1. Allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung	2
2. Option der Beitragssenkung durch das Tarifwechselrecht innerhalb der PKV	3
3. Der Standardtarif	4
4. Der Basistarif	5
5. Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit	6
6. Umstellung säumiger Versicherter in den Notlagentarif	8

In Deutschland entspricht der Pflicht zur Krankenversicherung das Recht des Versicherten auf Aufnahme in eine Krankenversicherung. Leitmotiv ist dabei, dass der Krankenversicherungsschutz zum Existenzminimum gehört, das im dualen Krankenversicherungssystem von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung für die ihnen zugeordneten Versicherten zu leisten ist (vgl. 1. zur Allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung). Falls der Versicherte eine Reduzierung des zu zahlenden Beitrags wünscht, gibt es in der Privaten Krankenversicherung mehrere Optionen für Hilfe für den Versicherten: Er kann seine Prämie durch Tarifwechsel senken (vgl. 2. zum Tarifwechselrecht innerhalb der PKV) oder er kann in einen der beiden Sozialtarife wechseln (vgl. 3. zum Standardtarif, 4. zum Basistarif). Ist der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches, muss er nicht zwangsläufig in den Basistarif wechseln. Es gibt Möglichkeiten, die es ihm erlauben, in ihrem Tarif zu bleiben (vgl. 5. zur Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit). Menschen, die aus welchen Gründen auch immer Beitragsschulden haben, werden nach den gesetzlichen Bedingungen in den Notlagentarif umgestellt (vgl. 6. zum Notlagentarif).

1. Allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung

Alle Menschen in Deutschland haben die Pflicht und den Anspruch, sich für den Krankheitsfall abzusichern.

Seit dem 1. Januar 2009 gilt in Deutschland eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung. Alle Einwohner, die nicht krankenversichert sind und die über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (beispielsweise über die Sozialhilfe oder freie Heilfürsorge), sind **verpflichtet, sich entweder gesetzlich oder privat zu versichern**. Bei welchem der beiden Versicherungssysteme sie sich versichern müssen, hängt davon ab, ob sie zuletzt gesetzlich oder privat versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, § 193 Abs. 3 VVG).

Bestand für die nicht versicherte Person zuletzt Versicherungsschutz in der **Gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV), so besteht dort Versicherungspflicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. a) SGB V). Der Nichtversicherte wird bei der Krankenkasse, wo er zuletzt versichert war (§ 174 Abs. 5 SGB V) ab dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall versichert (§ 186 Abs. 11 S. 1 SGB V). D. h. es wird eine rückwirkende Mitgliedschaft begründet und es besteht eine rückwirkende Beitragspflicht. Ähnliches gilt, falls zuletzt eine gesetzliche Krankenversicherung in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums bestand. In diesem Fall darf die gesetzliche Krankenkasse durch den Nichtversicherten in den Grenzen des § 173 SGB V gewählt werden.

War die nichtversicherte Person zuletzt in Deutschland oder in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums privat versichert, ist sie verpflichtet, sich erneut **privat zu versichern**. Das Versicherungsunternehmen kann ausgewählt werden, es besteht also keine Verpflichtung, sich erneut bei dem Versicherer zu versichern, bei welchem ggf. zuletzt eine private Krankenversicherung bestand. Es besteht weiterhin keine Verpflichtung, aber auch kein Anspruch, den Versicherungsvertrag rückwirkend abzuschließen. D. h. es wird kein rückwirkender Versicherungsschutz, aber auch keine rückwirkende Beitragspflicht begründet. Allerdings ist der Versicherte verpflichtet, einen Prämienzuschlag zu entrichten.

Die **Höhe des zu entrichtenden Prämienzuschlags** richtet sich nach der Höhe des zu zahlenden Beitrags für die private Krankenversicherung und der Länge des Zeitraums, in dem der Versicherte der Pflicht zur Versicherung nicht nachgekommen ist. Wird die Pflicht zur Versicherung lediglich einen Monat nicht erfüllt, ist kein Prämienzuschlag zu zahlen. Für je-

den weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung beträgt er einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags (§ 193 Abs. 4 VVG). Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Das aufsichtsrechtliche Gebot, alle Versicherungsnehmer gleich zu behandeln, verbietet es dem Versicherer grundsätzlich, auf den Prämienzuschlag zu verzichten. Im Einzelfall darf der Versicherer aber auf die Eintreibung des Prämienzuschlags verzichten, wenn dies nach den Umständen – z. B. wegen mangelnder Aussicht auf Erfolg von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen – geboten scheint.

Bestand bislang in Deutschland bzw. in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums noch keine gesetzliche oder private Krankenversicherung, so besteht grundsätzlich Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) SGB V). Eine Pflicht zur Versicherung in der PKV besteht nur, falls der Nichtversicherte zu einem der in § 5 Abs. 5 und § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personenkreis gehört. Dies sind in erster Linie hauptberuflich Selbständige, Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2018: 59.400 Euro) und Beamte.

2. Option der Beitragssenkung durch das Tarifwechselrecht innerhalb der PKV

Ist die Beitragsüberforderung über einen längeren Zeitraum absehbar, kann ein Tarifwechsel, ein höherer Selbstbehalt oder der Verzicht auf Leistungen weiterhelfen.

In der Privaten Krankenversicherung bemisst sich die Höhe des Beitrags nach dem zu versichernden Risiko, das Einkommen ist nicht maßgeblich. Die Erhöhung des Einkommens führt nicht zu einer Erhöhung, eine Absenkung des Einkommens nicht zu einer Reduzierung der zu zahlenden Beiträge.

Das Tarifwechselrecht ist für Versicherte oft im Zusammenhang mit Beitragsanpassungen interessant. Privatversicherte haben **nach § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 VVG jederzeit den gesetzlichen Anspruch darauf, in andere Tarife ihres jeweiligen Versicherungsunternehmens zu wechseln**. Die bis dahin erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen werden beim Wechseln innerhalb des Unternehmens mitgenommen. Wenn die Leistungen im angestrebten Tarif besser als im vorherigen Tarif sind, kann das Versicherungsunternehmen für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag oder eine Wartezeit ver-

langen. Anders herum kann auch eine Reduzierung der Leistungen durch einen Tarifwechsel erfolgen.

Gemäß § 6 VVG ist der Versicherer zu einer laufenden Beratung verpflichtet, auch nach Vertragsabschluss. Daher muss das **Versicherungsunternehmen** neben der Angebotserstellung zu den möglichen **Tarifalternativen** beraten sowie die Unterschiede darstellen und erläutern. Somit können Beitrags- und Leistungsunterschiede erkannt werden. Ist der Wechsel gewünscht, muss der Versicherer auch die Antragstellung unterstützen, sodass ein reibungsloser Wechsel möglich ist.

Besteht der Wunsch nach einer Reduzierung des zu zahlenden Beitrags, liegt eine Möglichkeit darin, die Selbstbeteiligung innerhalb des Tarifes zu erhöhen: Viele Tarife werden mit unterschiedlich hohen Selbstbeteiligungen angeboten. Eine Erhöhung der Selbstbeteiligung führt zu einem geringeren Beitrag.

3. Der Standardtarif

Jedes Unternehmen bietet einen sog. **Standardtarif** an. Er ist neben dem Basistarif ein **Sozialtarif der PKV**. Der Standardtarif ist besonders funktional **für langjährig Versicherte**, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit in der Regel deutliche Beitragssenkungen erzielen. Der Beitrag zum Standardtarif ist limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV (2018: 646,06 Euro), in der Regel liegt der Beitrag jedoch sehr deutlich darunter. Gerät der Versicherte in eine vorübergehende finanziell schwierige Lage, so besteht die Möglichkeit, mit dem Versicherungsunternehmen eine Stundungs- bzw. Ratenzahlungsvereinbarung abzuschließen. Dazu ist das Unternehmen allerdings nicht verpflichtet. Wird eine solche Vereinbarung getroffen, gilt der Versicherte als nicht säumig und die Umstellung in den Notlagentarif (vgl. 5. zum Notlagentarif) entfällt.

Das Leistungsspektrum des Standardtarifs ist mit dem der GKV vergleichbar. Der genaue Umfang der Leistungen kann den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif¹ entnommen werden.

Der **Standardtarif** wurde vom Gesetzgeber unnötigerweise nicht allen Versicherten zugänglich gemacht, sondern steht nur den Versicherten offen, die vor dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselt sind, mindestens seit 10 Jahren krankenversichert sind und

- mindestens 65 Jahre alt sind;

¹ MB/ST 2009, <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-st-2009.pdb.pdf>.

- mindestens 55 Jahre alt sind, wenn ihr gesamtes Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2018: 53.100,00 Euro) nicht übersteigt; das gilt auch für Heilfürsorgeberechtigte wie z. B. Polizisten;
- jünger als 55 Jahre alt sind und eine Rente oder eine Pension beziehen oder beantragt haben, wenn ihr gesamtes Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht übersteigt. Die Familienangehörigen, die bei einer Versicherung in der GKV familienversichert wären, können ebenfalls in den Standardtarif wechseln.

4. Der Basistarif

Ist der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts, kann er jederzeit in den Basistarif wechseln und darf Beitragsbelastungen vermeiden.

Die Private Krankenversicherung ist verpflichtet, einen sogenannten Basistarif anzubieten. Der Basistarif unterscheidet sich deutlich von den anderen Tarifen der Privaten Krankenversicherung. Er ist ein **gesetzlich definiertes Produkt** und entspricht in Art, Umfang und Höhe dem Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1a VAG). Für Bestandsversicherte mit hohen Beiträgen ist der Basistarif in der Regel keine sinnvolle Alternative. Er garantiert aber jedem nach dem Sozialgesetzbuch **hilfebedürftigen Menschen einen Krankenvollversicherungsschutz auf GKV-Niveau, in bestimmten Fällen sogar ohne eigene Beitragslast**. Der für die PKV typische höherwertige Versicherungsschutz besteht im Basistarif nicht. Der genaue Umfang der Leistungen kann den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif² entnommen werden.

Die **Höhe des Beitrags im Basistarif** ist für jeden Versicherten individuell zu berechnen und ist – wie in der PKV üblich – abhängig vom Leistungsumfang, vom Eintrittsalter und in den bis 2012 geschlossenen Verträgen vom Geschlecht. Der Beitrag zum Basistarif ist jedoch limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV plus dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen (2018: 690,31 Euro). Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe gilt ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Sollte der Versicherungsnehmer mit der Zahlung dieser Beiträge in Rückstand geraten, kann ihm – auch im Basistarif – durch Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen die Möglichkeit eröffnet werden, seine Beitragsschulden zu begleichen. In dem Fall gilt der Versicherte nicht mehr als säumig und es erfolgt keine Umstellung in den Notlagentarif (vgl. 5. zum Notlagentarif).

² AVB/BT 2009, <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-bt-2009.pdb.pdf>.

Personen ohne Krankenversicherungsschutz mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen bzw. die ehemals privat krankenversichert waren oder der PKV systematisch zuzuordnen sind, sind zur Versicherung im Basistarif bei einem Versicherungsunternehmen ihrer Wahl berechtigt. Eine Risikoprüfung wird durchgeführt, auch wenn für die Dauer der Versicherung im Basistarif keine Risikozuschläge erhoben werden. Für den Basistarif gilt ein Aufnahmewang, d. h. die Versicherungsunternehmen dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf. Auch freiwillig GKV-Versicherte sind innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses berechtigt, in den Basistarif einer PKV zu wechseln. Weiterhin kommt der Basistarif für PKV-Versicherte in Betracht, die ihren Vertrag vor 2009 geschlossen haben und das 55. Lebensjahr vollendet haben, Rente bzw. Pension beziehen.

Der Basistarif kommt darüber hinaus infrage, wenn der Versicherte hilfebedürftig ist. Weist er nach, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrags **Hilfebedürftigkeit** entsteht bzw. unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit eintritt bzw. besteht, wird der Beitrag auf die Hälfte des **Höchstbeitrags halbiert** (2018: 345,15 Euro). Falls durch die Zahlung des halbierten Höchstbeitrags immer noch Hilfebedürftigkeit droht, leistet der nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch **zuständige Träger auf Antrag einen Zuschuss**, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit, **übernimmt der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger den Beitrag für den Basistarif**.

5. Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit

Ist der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts, muss er nicht zwangsläufig in den Basistarif wechseln. So gibt es Möglichkeiten, die es Versicherten durch Anerkennung der Angemessenheit oder durch Bezuschussung ihres individuellen Tarifs erlauben, bei Hilfebedürftigkeit in ihrem Tarif zu bleiben.

Der Normaltarif bietet Versicherten in der Regel ein größeres Leistungsspektrum als der Basistarif. Außerdem steht bei einer Rückkehr vom Basistarif in einen Normal- oder Ursprungstarif eine erneute Gesundheitsprüfung an. Daher kann es für einen Versicherten im Falle von Hilfebedürftigkeit ratsam sein, nicht in den Basistarif zu wechseln - insbesondere dann, wenn der Zeitraum der Hilfebedürftigkeit voraussichtlich begrenzt ist. Um die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung bei Hilfebedürftigkeit weiterhin zahlen zu können, gibt es verschiedene

Möglichkeiten. Die Form der staatlichen Bezuschussung eines Versicherten im Normaltarif richtet sich nach Art der Hilfebedürftigkeit.

Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II:

Wird ein Versicherter **hilfebedürftig nach SGB II** und bezieht **Arbeitslosengeld II (ALGII)** oder **Sozialgeld**, kann er nicht durch das Jobcenter verpflichtet werden, in den Basistarif zu wechseln. Er hat alternativ die Möglichkeit, seine Beiträge im Ursprungstarif vom Jobcenter als zuständigen Träger nach **§ 26 SGB II** bezuschussen zu lassen. Der Zuschuss ist auf die Höhe des halbierten Beitrags begrenzt, den der Versicherte im Basistarif zu zahlen hätte. Sollte der individuelle Beitrag im Ausgangstarif niedriger sein als der halbierte Beitrag des Basistarifs, ist der Zuschuss auf den individuellen Beitrag begrenzt. Ebenso können „**angemessene**“ **Beiträge zur privaten Pflegeversicherung** - begrenzt auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung - **bezuschusst werden**. Als angemessen gelten Tarife, die Leistungen anbieten, die der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

<i>Beispiel:</i>	<i>Halbierter Beitrag im Basistarif:</i>	<i>345,15 Euro</i>
	<i>Individueller Beitrag Ursprungstarif:</i>	<i>330 Euro</i>
	<i>Zuschuss in Höhe des Ursprungstarif:</i>	<i>330 Euro</i>

Zuschüsse nach § 26 SGB II können ebenfalls gewährt werden, wenn ein Versicherter allein durch die Zahlung des Versicherungsbeitrages hilfebedürftig werden würde. Bei der Berechnung der Höhe des Zuschusses wird in diesem Fall vorhandenes Einkommen, das über der Bedarfsgrenze liegt, vom Zuschuss abgezogen.

<i>Beispiel:</i>	<i>Halbierter Beitrag im Basistarif:</i>	<i>345,15 Euro</i>
	<i>Individueller Beitrag Ursprungstarif:</i>	<i>330 Euro</i>
	<i>Einkommen oberhalb der Bedarfsgrenze:</i>	<i>100 Euro</i>
	<i>Zuschuss abzüglich Einkommen oberhalb Bedarfsgrenze:</i>	<i>230 Euro</i>

Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII:

Wird der Versicherte **hilfebedürftig nach SGB XII**, gibt es ebenfalls keinen Zwang, in den Basistarif zu wechseln. Es lassen sich drei Konstellationen beschreiben, unter denen ein Versicherter bei Bezug von Sozialhilfe nicht in den Basistarif wechseln sollte.

(1) Durch eine Gesetzesänderung des SGB XII wird seit 2018 nur noch ein Beitrag zur Privaten Krankenversicherung bei der Ermittlung des Regelbedarfs als angemessen anerkannt, der nicht höher ist als der halbierte Beitrag im Basistarif. Für Versicherte, die einen individuellen Beitrag im Ursprungstarif zahlen, der unter dem halbierten Beitrag des Basistarifs liegt, wird der Regelsatz im Vergleich zum Basistarif somit nicht gekürzt werden. Damit hätten sie keine finanziellen Nachteile, wenn sie bei Bezug von Sozialhilfe in ihrem Ursprungstarif verbleiben. Beiträge zur Privaten Pflegeversicherung gelten bis zum halbierten Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung als angemessen.

(2) Beiträge zur Privaten Krankenversicherung, die über dem halbierten Beitrag des Basistarifs liegen, können bei der Berechnung des Regelbedarfs in Ausnahmefällen als angemessen anerkannt werden. Die gesetzlichen Ausnahmeregelungen greifen, wenn eine Person nur für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten (in begründeten Fällen bis zu sechs Monaten) leistungsberechtigt nach SGB XII ist. In diesen Fällen ist es in der Regel ratsam, während des Bezugs von Sozialhilfe im Ursprungstarif zu verbleiben.

(3) Beiträge im Standardtarif für Kranken- und Pflegeversicherung gelten bei der Bedarfsermittlung immer als angemessen. Somit müssen Privatversicherte, die im Standardtarif versichert sind, bei Hilfebedürftigkeit nach SGB XII nicht in den Basistarif wechseln.

6. Umstellung säumiger Versicherter in den Notlagentarif

Ist der Versicherte nur vorübergehend zahlungsunfähig, gibt es die Möglichkeit, die Beiträge zu stunden. Dazu ist das Versicherungsunternehmen allerdings nicht verpflichtet. Zahlt der Versicherte hingegen über mehrere Monate seinen Beitrag nicht, erfolgt die Umstellung in den Notlagentarif.

Für die Gesetzliche und Private Krankenversicherung gilt, dass **Versicherten bei Zahlungsverzug nicht gekündigt** werden darf. Die **medizinische Akutversorgung** ist weiterhin sichergestellt. Im Gegenteil zur GKV besteht in der PKV die Möglichkeit, den Beitrag in einem Spezialtarif die aus der Nichtzahlung folgende Verschuldung zu mildern und die Rückzahlung zu erleichtern; den sogenannten **Notlagentarif**. Privatversicherte, die mit Prämienanteilen in Höhe von mindestens zwei Monatsbeiträgen in Rückstand geraten sind, werden nach Durchführung eines Mahnverfahrens in den Notlagentarif umgestellt (§ 193 Abs. 6 VVG). Eine **Ausnahme** gilt für Versicherte, die **hilfebedürftig** nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind; ihr Versicherungsschutz wird nicht umgestellt (vgl. 4. zum Basistarif).

Im Notlagentarif bleiben die säumigen Versicherten solange versichert, bis entweder alle rückständigen Beiträge nebst Säumniszuschlägen gezahlt sind, eine Stundungs- bzw. Ratenzahlungsvereinbarung geschlossen wurde oder Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch eintritt. In diesen Fällen wird der Versicherte in den Ursprungstarif rückumgestellt, in welchem er vor der Umstellung in den Notlagentarif versichert war. Ein freiwilliger Tarifwechsel in oder aus dem Notlagentarif ist ausgeschlossen.

Die temporäre finanzielle Überbrückungsfunktion des Notlagentarifs wird durch die Leistungsreduzierung, den Verzicht auf die Bildung von Alterungsrückstellungen als auch die Vorschrift ermöglicht, dass Mittel aus den bisherigen Alterungsrückstellungen zur Prämienreduzierung eingesetzt werden müssen. Im Übrigen bleibt die Alterungsrückstellung für die spätere Rückkehr des Versicherten „geparkt“ und wird verzinst. Da jedes Versicherungsunternehmen mit eigenen Rechnungsgrundlagen kalkuliert, variiert der im Notlagentarif zu zahlende Beitrag von Versicherer zu Versicherer. In der Regel liegt er zwischen 100 und 150 Euro. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse werden im Notlagentarif nicht erhoben. Im Vergleich dazu liegen die Beiträge für säumige Zahler in der GKV deutlich über denen im Notlagentarif. So zahlten freiwillig Versicherte in der GKV (2017) je nach Versichertengruppe 350 € (Selbständige) bzw. 234 € (bei abgesenkter Mindestbemessungsgrundlage).

Der Notlagentarif sieht **Leistungen** vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Für Kinder und Jugendliche werden medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erbracht. Als Versicherungsfall des Notlagentarifs gelten darüber hinaus beispielsweise auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) oder die Behandlung chronischer Erkrankungen, deren Nichtbehandlung zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen würde. Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Der genaue Umfang der Leistungen kann den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif entnommen werden.³

Im Notlagentarif erhält der Versicherte vom Versicherer einen **Behandlungsausweis**, auf welchem die wesentlichen Merkmale des Versicherungsschutzes ausgewiesen sind. Der Versicherte ist verpflichtet, den Behandlungsausweis beim Arzt (bzw. Zahnarzt oder Krankenhaus) vorzulegen, damit dieser weiß, welche Leistungen der Versicherte erstattet bekommt und er selbst abrechnen darf.

³ AVB/NLT 2013, <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013/>.