



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Vollversicherung (KV760\_201505)

## Teil II Leistungsregelungen Tarifstufen TOP3 und TOP6 inklusive der Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+

### Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

#### Inhalt

§ 1	Umfang des Versicherungsschutzes	§ 7	Umstellungsoption
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 8	Monatsbeiträge
§ 3	Wegfall von Wartezeiten	§ 9	Übertragungswert
§ 4	Tariflicher Selbstbehalt	Anlage	
§ 5	Garantierte Beitragsrückerstattung bei den Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+	Anhang	
§ 6	Sonstige Tarifbestimmungen		

## Teil II regelt die tariflichen Leistungen der Tarifstufen TOP3 und TOP6 inklusive der Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+

### § 1 Umfang des Versicherungsschutzes

#### (1) Maßgebliche Gebührevorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOA), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), Bundespflege-satzverordnung (BpFIV) und Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

#### (2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter Heilpraktikern frei.

b) Zusätzlich hat die versicherte Person bei ambulanter Behandlung freie Wahl unter Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe.

c) Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor-, Röntgen- oder physiotherapeutische Leistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.

d) Aufwendungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn die psychotherapeutische Behandlung von einem in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, oder von einem approbierten Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird.

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

f) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von e) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätten durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war

- wenn während eines Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- bei Notfallbehandlungen.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

#### (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen

Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einem in Absatz 2a) genannten Leistungserbringer verordnet sein. Für Sehhilfen ist die Verordnung eines Facharztes für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung eines Optikers erforderlich. Arzneimittel müssen von einer Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und ähnliches, auch wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden, gelten jedoch als Arzneimittel. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, zählen Aufwendungen für verordnete Sondernahrung (enterale Ernährung) und Dauerinfusion (parenterale Ernährung) ebenfalls zu den Arzneimitteln.

#### (4) Erstattungsfähige Behandlungsmethoden

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) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

#### (6) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat.

Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

### **(7) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen**

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen 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 Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. § 1 Abs. 7 g) bleibt unberührt. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde 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. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern es sich um sog. Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen z. B. aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie (Krebserkrankung), Angiologie (Gefäßerkrankungen), Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie (Hormonerkrankungen) oder Gynäkologie handelt und die AHB innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Die Frist gilt nicht, wenn der Beginn einer AHB aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie nach einer Tumorbehandlung) früher nicht möglich ist. Ist ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) vorhanden, sind gegebenenfalls nur Eigenbehalte erstattungsfähig.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Leistungseinschränkungen:

g) Bei Suchterkrankungen werden die Kosten für insgesamt drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen erstattet, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Die Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind auf die allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt. Privatärztliche Behandlungskosten sowie gesondert berechenbare Unterbringungszuschläge sind nicht erstattungsfähig.

h) 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. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Soweit Aufwendungen bei einer Auslandsbehandlung nicht nach GOÄ, GOZ, GOP, GebüH oder den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten sie als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

i) 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.

j) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## **§ 2 Versicherungsleistungen**

### **(1) Ambulante Behandlung**

#### **a) Ärztliche Leistungen**

Aufwendungen für ärztliche Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

#### **b) Behandlung durch Heilpraktiker**

Aufwendungen für eine Behandlung durch einen Heilpraktiker sind, mit Ausnahme psychotherapeutischer Behandlungen, erstattungsfähig, wenn

sie im GebüH in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind. Sie werden bis zu den Höchstbeträgen des GebüH erstattet.

#### **c) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen**

Erstattet werden Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen unabhängig vom erreichten Alter.

#### **d) Schutzimpfungen**

Erstattet werden Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Dabei fallen Impfstoffe unter die Regelung von Arzneimitteln.

Ausgenommen hiervon sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise empfohlen sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

#### **e) Alternativmedizinische Verfahren**

Erstattet werden die Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung bei Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutischer Lokalanästhesie, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Weitere alternativmedizinische Verfahren sind unter dem Vorbehalt des § 1 Abs. 4. erstattungsfähig.

#### **f) Schwangerschaft und Entbindung**

Aufwendungen für Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) erstattet.

#### **g) Psychotherapie**

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) bis zu maximal 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet.

#### **h) Arzneimittel, Verbandmaterial, Heilmittel und Hilfsmittel**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmaterial sowie für Heil- und Hilfsmittel werden bis zu einem Betrag von 2.000,00 EUR p. a. zu 80 % erstattet. Liegen diese Aufwendungen pro Person über 2.000,00 EUR so wird der Teil, der erstattungsfähigen Aufwendungen der 2.000,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt.

Als erstattungsfähige Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie Inhalation, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie sowie Lichttherapie.

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Erstattungsfähig sind Hilfsmittel in Standardausführung. Dazu zählen die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Im Einzelfall werden auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die über der Standardausführung liegen, erstattet. Voraussetzung dafür ist, dass eine höherwertige Ausführung notwendig ist, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Ebenfalls erstattungsfähig ist die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, deren Kosten die Pflege-Pflichtversicherung zu erstatten hat.

Sehhilfen werden unter Buchstabe i) geregelt.

Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis (siehe Anlage) aufgeführt sind, sind in den darin aufgeführten Begrenzungen erstattungsfähig. Beträge, die über den darin aufgeführten Begrenzungen liegen, sind nicht erstattungsfähig. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Unterhalts- und Betriebskosten (z. B. Strom und Batterien) von Hilfsmitteln.

#### **i) Sehhilfen**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150,00 EUR zu 100 % erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von 24 Monaten.

#### **j) Laserverfahren**

Die Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

#### **k) Transport- und Fahrtkosten**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- zur ambulanten Notfallbehandlung,
- bei ambulanter Dialyse,
- bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie sowie



- bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit
- bei stationärem ambulanten Operationen am Tag der Operation

zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Bei einer Entfernung von bis zu 30 km sind in den oben genannten Fällen auch die Aufwendungen für Transporte und Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus erstattungsfähig.

Für medizinisch notwendige Transporte werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

Für medizinisch notwendige Fahrten werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch für die Hin- und Rückfahrt insgesamt maximal 50,00 EUR erstattet. Eine Fahrt liegt vor bei Taxifahrten, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten im privaten Fahrzeug. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden als erstattungsfähiger Betrag 0,30 EUR pro gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt.

### l) Künstliche Befruchtung

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für maximal vier Versuche je reproduktionsmedizinischen Verfahren (z. B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) sowie für in diesem Zusammenhang verordnete Arzneimittel.

Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- das Vorliegen einer organisch bedingten Sterilität der versicherten Person,
- dass nach fachärztlich gynäkologischer Feststellung eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht und
- dass die zu behandelnde weibliche Person das 41. Lebensjahr bei Beginn der Behandlung noch nicht überschritten hat.

Nach maximal zwei durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Geburten besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

Besteht ein Anspruch des bei dem Versicherer nicht versicherten Partners auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuches, einem sonstigen Leistungsträger oder einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, so werden nur die Aufwendungen tariflich erstattet, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

### m) Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder spezifische Hilfeleistungen,

- die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen,
- die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und
- die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden.

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) geschlossen hat.

Die Aufwendungen sind pro versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) verlangen kann.

### (2) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

a) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, so werden

100 % der Aufwendungen für

allgemeine Krankenhausleistungen erstattet. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (siehe Anhang). Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch

die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet. Insbesondere gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung eines Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, als medizinisch notwendig.

b) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden die Aufwendungen für Unterkunft, für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie für medizinisch begründete Nebenkosten bis maximal zu dem Betrag, der die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung durchschnittlich berechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen um nicht mehr als 50 % übersteigt, erstattet. Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Hebammen und Entbindungshelfer werden bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung erstattet.

c) Außerdem werden folgende Aufwendungen zu 100 % ersetzt:

- belegärztliche Leistungen sowie Leistungen für Beleghebammen und Entbindungshelfer bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung;
- Psychotherapeutische Behandlungen;
- den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.

### (3) Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder in dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Kann eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden, so sind die Aufwendungen für eine ärztlich vorordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, ebenfalls erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante, stationäre oder teilstationäre Versorgung werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z. B. aus der privaten Pflegeversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

### (4) Zahnärztliche Behandlung

#### Grundsätzliche erstattungsfähige Höhe der Aufwendungen

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte erstattungsfähig.

#### a) Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung werden zu 100 % erstattet. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

#### b) Zahnprophylaxe

Für Zahnprophylaxe werden 100 % der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß dem GOZ-Abschnitt, der prophylaktische Leistungen regelt, erstattet. Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

#### c) Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie

##### Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie werden zu 60 % erstattet.

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten in angemessener Höhe.

##### Leistungsbegrenzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie für Inlay-Behandlungen sind pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:

1.000,00 EUR im ersten Versicherungsjahr  
2.000,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr  
3.000,00 EUR im dritten Versicherungsjahr  
4.000,00 EUR im vierten Versicherungsjahr  
5.000,00 EUR im fünften Versicherungsjahr.

Ausgehend von diesen Höchstbeträgen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend § 2 Abs. 4 Buchstabe c Sätze 1 bis 3 errechnet. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Vom sechsten Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr.

Diese Begrenzungen entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

#### **d) Heil- und Kostenplan**

Übersteigt bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlay-Behandlungen der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.500,00 EUR, so soll dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

#### **(5) Leistungen im Ausland**

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne vorherigen Anzeige gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB beim Versicherer Versicherungsschutz von bis zu neun Monaten. Sofern der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über neun Monate hinaus ausgedehnt werden muss, besteht für die medizinisch notwendige Heilbehandlung Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei Auslandsaufenthalten werden folgende Leistungen erstattet:

Erstattungsfähig sind die gemäß den Ziffern 1 bis 4 versicherten Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils dort ortsüblichen Aufwendungen zugrunde gelegt. § 1 Abs. 7 Buchstabe h, 2. Absatz, wird in diesen Fällen nicht angewendet.

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in Deutschland übersteigen. Dies gilt nicht, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht durchführbar ist.

Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.

#### **Zusätzliche Leistungen im Ausland**

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport des Erkrankten. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare, geeignete Krankenhaus erfolgen. Für den Rücktransport bietet der Versicherer einen 24-Stunden-Notrufservice an und übernimmt auf Wunsch des Versicherten die Organisation des Rücktransportes. Wird der Rücktransport nicht durch den Versicherer organisiert, ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Erstattungsfähig sind zudem die unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Leichnams der versicherten Person an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz bis zu 15.000,00 EUR. Die für die Bestattung am Sterbeort entstehenden Kosten dürfen die vergleichbaren Überführungskosten zum ständigen Wohnsitz nicht übersteigen.

### **§ 3 Wegfall von Wartezeiten**

Die allgemeine und die besondere Wartezeit gemäß § 4 Teil I AVB entfallen.

### **§ 4 Tariflicher Selbstbehalt**

#### **1) Allgemeine Bestimmung**

Von den unter § 2 genannten Versicherungsleistungen wird bei Tarifstufe TOP3 ein Selbstbehalt von 300,00 EUR und bei Tarifstufe TOP6 von 600,00 EUR für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Selbstbehalt bei der Tarifstufe TOP3 150,00 EUR und bei der Tarifstufe TOP6 300,00 EUR. Ausgenommen davon sind Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe c), für Zahnprophylaxe (§ 2 Abs. 3 Buchstabe b) und für Schutzimpfungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe d). Die Aufwendungen sind jeweils

dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

#### **2) Sonderfälle**

##### **a) Beginn oder Ende während eines Versicherungsjahres**

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal um jeweils ein weiteres Viertel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

##### **b) Tarifwechsel während eines Kalenderjahres**

Bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung des SB-Höchstbetrages während des zweiten, dritten oder vierten Quartals eines Kalenderjahres gilt die unter Buchstabe a aufgeführte Regelung entsprechend.

Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des SB-Höchstbetrages gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils getragene SB-Höchstbetrag ungekürzt. Dies gilt auch, wenn der SB-Höchstbetrag unverändert bleibt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen SB-Höchstbetrag jeweils angerechnet.

### **§ 5 garantierte Beitragsrückerstattung bei den Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+**

Die Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+ sind eine Kombination der Tarifstufen TOP3 und TOP6 mit dem unselbständigen Ergänzungsbaustein Plus. Durch die Verbindung mit dem Ergänzungsbaustein Plus wird neben den Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz der Tarifstufen TOP3 und TOP6 unter den nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen bei Leistungsfreiheit eine garantierte Beitragsrückerstattung von vier Monatsbeiträgen (inklusive Risikozuschlag, aber ohne gesetzlichen Beitragszuschlag) erbracht.

Die Voraussetzungen für die garantierte Beitragsrückerstattung sind, dass

- der Versicherungsvertrag nach einer der oben genannten Tarifvarianten zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres besteht,
- zum Auszahlungstermin keine schwebenden Versicherungsfälle und Beitragsrückstände vorliegen,
- der Versicherer für die versicherte Person keine Leistungen für das betreffende Kalenderjahr zu erbringen hat und
- im jeweiligen Kalenderjahr ununterbrochen Versicherungsschutz für die betreffende versicherte Person nach einer der obigen Tarifvarianten bestand.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die garantierte Beitragsrückerstattung für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahres um ein Zwölftel. War der Versicherte im maßgeblichen Kalenderjahr nach unterschiedlichen Tarifvarianten versichert, wird die garantierte Beitragsrückerstattung nach den vereinbarten Tarifvarianten anteilig berechnet.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des auf das leistungsfreie Jahr folgenden Kalenderjahres gezahlt.

### **§ 6 Sonstige Tarifbestimmungen**

#### **1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung**

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

#### **2) Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses**

Das Hilfsmittelverzeichnis wird vom Versicherer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse regelmäßig auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Außerdem werden regelmäßig die Höchsterstattungsbeträge im Hinblick auf die allgemeine Preisentwicklung überprüft und gegebenenfalls mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst.

### **§ 7 Umstellungsoption**

Bei einer Umstellung der Tarifstufe TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ in einen höherwertigen Krankheitskosten-Vollversicherungsschutz verzichtet der Versicherer auf eine erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vgl. § 4 Abs. 6 Teil I der AVB), wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Vor Abschluss der Tarifstufe TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ bestand beim Versicherer keine Krankheitskosten-Vollversicherung.
- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss der Tarifstufe



TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ in Kraft.

- Der Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes liegt dem Versicherer spätestens einen Monat vor Ablauf des dritten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss der Tarifstufe TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ vor.

Diese Umstellungsoption gilt nicht für Umstellungen, die zu einem anderen Zeitpunkt als zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss der der Tarifstufe TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ in Kraft treten. Der Umwandlungsanspruch gemäß § 1 Teil I Abs. 6 AVB bleibt unberührt. Bereits vereinbarte Beitragszuschläge werden gemäß § 8 a Teil I Abs. 4 AVB bei einer Umstellung in einen höherwertigen Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 Teil I AVB nach den Tarifstufen TOP3 oder TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ oder TOP6+ versichert wurden, besteht die Umstellungsoption nur, soweit der Versicherungsschutz durch

die Umstellung nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils wird.

### **§ 8 Monatsbeiträge**

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

### **§ 9 Übertragungswert**

Bei den Tarifstufen TOP3 und TOP6 einschließlich der Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+ besteht Anspruch auf einen Übertragungswert gemäß § 13 Abs. 8 Teil I der AVB.

## Anlage: Hilfsmittelverzeichnis der Tarifstufen TOP3 und TOP6 bzw. der Tarifvarianten TOP3+ und TOP6+

### Wichtige Informationen:

Das Hilfsmittelverzeichnis kann gemäß § 6 Abs. 2 angepasst werden. Beträge, die über den im Verzeichnis genannten Grenzen liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Hilfsmittel	Begrenzung
Hörhilfen	Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazu gehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik), maximal 2.000,00 EUR pro Hörhilfe
Perücken	bei krankhaftem Haarausfall max. 500,00 EUR je Perücke
Sprechhilfen	
Künstlicher Kehlkopf	
Orthopädische Schuhe	bis zu einem Rechnungsbetrag von 500,00 EUR pro Jahr
Einlagen	max. 4 Paar pro Jahr
Körperersatzstücke/Prothesen	
Bandagen	
Blutzuckermessgeräte	
Bruchbänder	
Leibbinden	
Kompressionsstrümpfe	
Gehhilfen	
Tens-Geräte	
Inhalationsgeräte	
Peak-Flow-Meter	
Milchpumpen	
Beatmungsgeräte	
Absauggeräte	
Sauerstoffkonzentratoren	
Herz- und Atemmonitore	
Ernährungspumpen	
Schlafapnoegeräte	max. 2.000,00 EUR
Geh- und Stützapparate	
Krankenfahrstühle	
Heimdialyse	
Stoma- und Tracheostomaartikel	
Coagu-Check-Geräte	
Überwachungsmonitore für Säuglinge	
Herzschriftmacher	
Blutgerinnungsmessgeräte	max. 700,00 EUR



## Anhang

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

#### § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landsausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Kran-

kenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

#### § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
2. Eignung der Leistungserbringer,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen und
7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

