

STANDARDTARIF

Allgemeine Versicherungsbedingungen und Leistungszusage

TEIL I - MUSTERBEDINGUNGEN FÜR DEN STANDARDTARIF (MB/ST 2009)

TEIL II - TARIFBEDINGUNGEN FÜR DEN STANDARDTARIF (TB/ST)

Präambel

Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Nr. 1 TB/ST genannten Personen, wenn ihr substitutiver Krankenversicherungsvertrag in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Der Standardtarif garantiert dem aufnahme- und versicherungsfähigen Privatversicherten, dass er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muss als den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten und Lebenspartner zahlen unter bestimmten Voraussetzungen (s. § 8a Abs. 2 MB/ST 2009) insgesamt höchstens 150 v. H. dieses Höchstbeitrags. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten und Lebenspartner beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil.

Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist dem der GKV vergleichbar und kann auch künftig angepasst werden (s. Nr. 10 TB/ST). Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils erbracht. Die im Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits geändert werden. Der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Standardtarifs verwendete Begriff „Lebenspartner“ bezieht sich auf „Lebenspartner“ gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (s. Anhang).

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst ver einbarte 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 keinen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz nach § 146 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, s. Anhang) verfügen, wenn sie
- a) das 65. Lebensjahr vollendet haben,
 - b) das 55. Lebensjahr vollendet haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (s. 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, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7 SGB V, s. Anhang) nicht übersteigt. Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 SGB V (s. 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 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 146 Abs. 1 VAG, s. Anhang) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2 Buchstaben a) und b) erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungs-

zeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 146 Abs. 1 VAG, s. Anhang) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV, s. Anhang) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (s. Anhang) nicht übersteigt; dies gilt auch für deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V (s. Anhang) familienversichert wären.

- (4) Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.
- (5) 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
- (6) 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 sechs 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 fristgemäßener Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. 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 2009 nicht übersteigen.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe STN beihilfeberechtigt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Erlangung des Beihilfeanspruchs anzugeben. Ab dem Zeitpunkt der Erlangung des Beihilfeanspruchs wird die Versicherung nach Tarifstufe STB weitergeführt.

Wird der Versicherer nicht fristgemäß informiert, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Kenntnisnahme durch den Versicherer folgenden Monats.

- (7) 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 2009 nicht übersteigen.

Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) erfolgte, 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

- 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.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

- (6) 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 Antrags 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 in den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zugrunde gelegt. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) ist ausgeschlossen.

§ 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 Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung 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 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.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten oder Lebenspartner einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft 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 der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, 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 Dienstverhältnis 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 Arztreister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandelnde.

Nr. 3b Zahntechnik (Material- und Laborkosten)

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 Absatz 2 genannten Behandelnden 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.

Nicht erstattungsfähig sind bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht

- für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen und
- für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91 Abs. 1, § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, s. Anhang) aufgeführt sind und daher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

(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 (Anlage) aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.

(4) Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) aufgeführt sind und von Ergotherapeuten oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Podologen oder medizinischen Fußpflegern nach § 1 des Podologengesetzes oder Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftlern erbracht werden.

(5) 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.

(3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompenasierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungseratzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nr. 3d Digitale Gesundheitsanwendungen

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die
 - a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (s. Anhang) aufgenommen wurden und
 - b) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/ST 2009 angewendet werden.
- (2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.
- (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. 3e Einschränkung

Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz 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 Umfang 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 erfolgversprechend 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.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Texform 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 Aus-

kunft 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.

- (8) 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.

§ 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 Kriegsergebnisse 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 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 schwiebt, 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 Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, 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. 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.

- (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.

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

§ 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. 4 Nachweise

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

Die Belege der Behandelnden 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 Behandelnden einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandelnden 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 Behandelnden 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 § 14 VVG (s. Anhang).

- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (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 „Devisenkurstatistik“, 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragzahlung

- (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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) 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.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer im Standardtarif mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) stand, abgesehen von den während der

Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Nr. 7 Mahnkosten

Die Mahnkosten dürfen je Mahnung 5,00 EUR nicht überschreiten.

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Gebührengeschäft verlangen.

- (8) 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 VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 8 Eintrittsalter

- (1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Verträge über den Standardtarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe nicht unterschreiten. Die Differenzierung des Beitrags für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Verträge über den Standardtarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

- (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 Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 v. H. des 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 Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres

(§ 241 SGB V – s. Anhang) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V – s. 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 Vom-Hundert-Anteil des Höchstbeitrags der GKV gemäß Satz 3. 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 anzugeben; 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 Rentenbescheides verlangen.

Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags, 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 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 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 (Schadenwahrscheinlichkeit) oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für jede Beobachtungseinheit der Tarifstufen STN und STB anhand der jeweiligen Gemeinschaftsstatistik gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeit von mehr als 10 v. H. bzw. der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeiten von mehr als 5 v. H. können die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten 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

Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

(6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Verträge über den Standardtarif, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages der GKV wirksam.

Beitragsanpassungen (siehe Absatz 4) und Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen (siehe Absatz 5) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzugeben.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, 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 Krankheitskostenversicherungsvertrag 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.

Nr. 9 Keine Zusatzversicherung

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 § 8a Abs. 2.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, auch kündigen.

- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 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 von bis zu zwei Jahren, 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 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (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 Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmeldung 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) Die Kündigung des Standardtarifs nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

- (8) 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.
- (9) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben für den Fall unberührt, dass dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen, insbesondere der Verpflichtungen gemäß § 193 Abs. 3 Satz 1 WG (Anhang), die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 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) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragsszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen des Standardtarifs

- (1) Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß § 403 Abs. 2 Satz 1 SGB V (s. Anhang) aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahrs, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen. Änderungen nach Satz 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.

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 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 beträchtlich festgelegte Zuzahlungen des Versicherten, beträchtlich festgelegte Zusätze des Versicherers und erstattungsfähige Höchstbeträge bei Anhebung und bei Absenkung der entsprechenden Leistungsgrenzen der GKV angeglichen werden. Die nach dem Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Einführung

In den Abschnitten A bis E 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 E des Tarifs.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000,00 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B.2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650,00 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag): 100 v. H. der Leistungszusage = 650,00 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. => Erstattungssatz 20 v. H. = Leistungsstufe 20). Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000,00 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B.2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650,00 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag) bei Leistungsstufe 20: 20 v. H. der Leistungszusage = 130,00 EUR

Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren

Die Bemessung der Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bei Versicherten des Standardtarifs der Privaten Krankenversicherung sowie die Ermächtigung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., durch Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften davon abzuweichen, ist in § 75 Abs. 3a und 3b SGB V geregelt (s. Anhang).

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 dort genannten Gebührensätzen zugrunde gelegt.

* Eine Abbildung der Erstattungssätze für Abschnitt E (digitale Gesundheitsanwendungen) in der Tabelle erfolgt im Nachgang zu den hierfür erforderlichen Festlegungen in den jeweiligen Beihilfeverordnungen. Ungeachtet dessen gelten die vorstehenden Grundsätze unter „Tarifstufe STB“ zur Höhe der Versicherungsleistungen entsprechend. Als Erstattungssatz gilt die Differenz zwischen Beihilfebemessungssatz und 100 v. H.

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 folgenden Gebührensätze nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

2. Psychotherapie

100 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen unter der Voraussetzung der Nr. 3a TB/ST bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr; auch bei nichtärztlichen Therapeuten werden die Aufwendungen wie für ärztliche Therapeuten bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

3. Rettungsfahrten

90 v.H.

der 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.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v. H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5,00 EUR, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10,00 EUR. Wenn die Fahrkosten unter 5,00 EUR liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

4. Häusliche Behandlungspflege

90 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Beserung, 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.

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen ist begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Selbstbeteiligung, es werden 100 v. H. der Kosten erstattet.

5. Arznei- und Verbandmittel

80 v. H.

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

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 (s. Nr. 3c Abs. 2 TB/ST)
- des Logopäden (s. Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)
- des Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
- des Podologen, des medizinischen Fußpflegers nach § 1 des Podologengesetzes (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
- des Diätassistenten, des Oecotrophologen und des Ernährungswissenschaftlers (s. Nr. 3c Abs. 4 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 (s. Nr. 3c Abs. 5 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, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 5 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- 850,00 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren,
- 767,00 EUR für Krankenfahrstühle.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung besteht oder wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen mit einer nach den Richtlinien der Gesetzlichen Krankenkassen indizierten therapeutischen Sehhilfe behandelt werden müssen.

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

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7 werden zu 80 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. Der Selbstbehalt ist auf 306 Euro je Kalenderjahr in den Tarifstufen STN und STB 100 begrenzt; in den übrigen STB-Stufen wird der Selbstbehalt anteilig von den jeweiligen Erstattungssätzen abgeleitet (z. B. STB30: 306 Euro * 0,3 = 91,80 Euro). Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 v. H. der Erstattung zugrunde 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 Kalenderjahrs, 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 2,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ 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 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

- der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (s. Nr. 3b TB/ST)
- der Kosten für Sonderkunststoffe, Weichkunststoffe, Konfektionsfertigteile, Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, Registrierbesteck bei Stützstiftregistrierung, künstliche Zähne, edelmetallhaltige Dentallegierungen und Verbrauchsmaterialien der Praxis.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557,00 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 2.557,00,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 65 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde 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 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557,00 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 2.557,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 80 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt.

C. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

100 v. H. der 10,00 EUR pro Tag übersteigenden

Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3e TB/ST).

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10,00 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Es werden vom ersten Tag des Krankenaufenthaltes 100 v. H. der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

2. Belegärztliche Behandlung

100 v. H.

der Aufwendungen für belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistungen, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die folgenden Gebührensätze der GOÄ nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz GOÄ für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

3. Fahrkosten

90 v. H.

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

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v. H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5,00 EUR, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10,00 EUR. Wenn die Fahrkosten unter 5,00 EUR liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

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 Entbindungspleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

E. Digitale Gesundheitsanwendungen

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (s. Nr. 3d TB/ST), jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

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.

Anlage 1 Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Bereich Inhalationen	
1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhala	8,80
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
2 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
3 Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
4 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF] bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
6 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
7 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 - 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
8 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
9 Krankengymnastik im Bewegungsb	
a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
10 Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
11 Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
12 Bewegungsübungen	
a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
b) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
13 Bewegungsübungen im Bewegungsb	
a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
15 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbaustrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen im Kalenderhalbjahr	46,20
16 Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
Bereich Massagen	
17 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile	
a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20
18 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70
b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50
c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40
19 Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Bereich Palliativversorgung

20	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
----	--	-------

Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder

21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
22	Wärmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloide	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
23	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
24	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) bei Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloide	20,30
25	Heilblumensack, Peloidkomprese	12,10
26	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
27	Trockenpackung	4,10
28	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
29	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
30	Wechselbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
31	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
32	Naturmoorbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
33	Sandbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
34	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
35	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
36	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
37	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 35 Buchstabe a bis c und nach Nummer 36 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 35 Buchstabe d erstattungsfähig	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Bereich Kälte- und Wärmebehandlung

38	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompessen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
39	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
40	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90

Bereich Elektrotherapie

41	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
42	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
43	Iontophorese	8,20
44	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00

Bereich Lichttherapie

46	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
47	c) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
	d) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

50	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
51	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
52	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
	b) Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
	d) Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
55	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20
56	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
57	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Bereich Podologie

58	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
59	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
60	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
61	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
62	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
63	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
64	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
65	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spannenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
66	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruch der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
67	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
68	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40

Bereich Ernährungstherapie

69	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
70	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
71	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00

Bereich Sonstiges

72	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
73	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
74	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 72 und 73 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	
	Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.	

Anlage 2 Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
001 0 Modell	6,67
001 8 Modell bei Implantatversorgung	6,67
002 1 Doublieren eines Modells	17,28
002 2 Platzhalter einfügen	14,10
002 3 Verwendung von Kunststoff	14,10
002 4 Galvanisieren	14,10
003 0 Set-up je Segment	10,56
005 1 Sägemodell	10,69
005 2 Einzelstumpfmodell	10,69
005 3 Modell nach Überabdruck	10,69
005 4 Set-up-Modell für KFO	11,55
005 5 Fräsmodell	10,69
006 0 Zahnkranz	5,42
007 0 Zahnkranz sockeln	5,74
011 1 Modelpaar trimmen	10,13
011 2 Fixator	8,69
012 0 Mittelwertartikulator	9,79
012 8 Mittelwertartikulator bei Implantatversorg.	9,79
013 0 Modelpaar sockeln	26,09
020 1 Basis für Vorbissnahme	9,05
020 2 Basis für Konstruktionsbiss	12,02
021 1 individueller Löffel	22,79
021 2 Funktionslöffel	22,79
021 3 Basis für Bissregistrierung	22,79
021 4 Basis für Stützstiftregistrierung	22,79
021 5 Basis für Aufstellung	22,79
021 6 Basis für Bissregistr. bei Implantatversorg.	22,79
021 8 Basis für Aufstellung bei Implantatversorg.	22,79
022 0 Bisswall	6,57
022 8 Bisswall bei Implantatversorgung	6,57
023 0 Registrierplatte und -stift auf Basen	29,28
024 0 Übertragungskappe Kunststoff/Metall	25,08
031 0 Provisorische Krone/Brückenglied	33,52
032 0 Formteil	18,17
101 3 Wurzelstiftkappe	78,13
102 1 Vollkrone/Metall	83,98
102 2 Teilkrone/Metall	83,98
102 3 Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	82,22
102 4 Krone für vestibuläre Verblendung	83,29
102 6 Vollkrone/Metall bei Implantativ.	83,98
102 8 Krone für vestib. Verbl. bei Implantativ.	83,29
103 1 Vorbereiten Krone	14,02
103 2 Krone/Brückenglied einarbeiten	14,02
103 3 Stiftaufbau einarbeiten	14,02
104 0 Modellation gießen	18,26
105 0 Stiftaufbau	55,25
110 0 Brückenglied	60,09
120 0 Teleskopierende Krone	261,65
120 1 Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	174,60
133 1 Individuelles Geschiebe	218,62
134 1 Konfektions-Geschiebe	108,34
134 3 Konfektions-Anker	108,34
134 7 Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Anker	72,08
134 9 Wiederbefestigung Sekundärteil	72,08
136 0 Gefrästes Lager	52,07
137 0 Schubverteilungsarm	39,04
150 0 Metallverbindung nach Brand	29,11
155 0 Konditionierung je Zahn/Flügel	13,87
160 0 Vestibuläre Verblendung Kunststoff	47,55
161 0 Zahnfleisch Kunststoff	15,13
162 0 Vestibuläre Verblendung Keramik	97,67
162 8 Vestibuläre Verbl. Keramik bei Implantativ.	97,67
163 0 Zahnfleisch Keramik	34,91
163 8 Zahnfleisch Keramik bei Implantativ.	34,91
164 0 Vestibuläre Verblendung Komposit	74,34

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
165 0 Zahnfleisch Komposit	20,16
201 0 Metallbasis	141,98
202 1 Einarmige gegossene Haltevorrichtung	12,16
202 5 Kralle	12,16
202 6 Ney-Stiel	12,16
202 7 Auflage	12,16
202 8 Umgehungsbügel bei Diastema	12,16
203 1 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	22,27
204 1 Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	30,08
205 0 Bonwillklammer	54,87
208 1 Rückenschutzplatte	39,72
208 2 Metallzahn, gegossen	39,72
208 3 Metallkaufläche, gegossen	39,72
210 0 Lösungshilfe	11,49
211 0 Unterfütterbarer Abschlussrand	18,33
212 0 Zuschlag einzelne gegossene Klammer	19,06
301 0 Aufstellung Grundeinheit	29,91
301 8 Aufstellung Grundeinh. bei Implantativ.	29,91
302 0 Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn	1,80
302 8 Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn bei Implantativ.	1,80
303 0 Aufstellen Metall je Zahn	2,36
341 0 Übertragung je Zahn	1,48
361 0 Fertigstellung Grundeinheit	50,23
361 8 Fertigst. Grundeinheit bei Implantativ.	50,23
362 0 Fertigstellen je Zahn	3,23
362 8 Fertigstellen je Zahn bei Implantativ.	3,23
380 0 Einfache gebogene Halte- /Stützvor.	9,91
380 5 Gebogene Auflage	9,91
381 0 Sonstige geb. Halte- und/oder Stützvor.	16,76
382 1 Weichkunststoff	54,23
382 2 Sonderkunststoff	54,23
383 0 Zahn zahnfarben hergestellt	22,75
384 0 Zahn zahnfarben hinterlegt	11,94
401 0 Aufbissbehelf m. adj. Oberfläche	133,01
402 0 Aufbissbehelf o. adj. Oberfläche	78,96
403 0 Umarbeiten zum Aufbissbehelf	54,91
404 0 Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	55,40
701 0 Basis für Einzelkiefergerät	60,94
702 0 Basis bimaxilläres Gerät	128,74
703 0 Schiefe Ebene	50,95
704 0 Vorhofplatte	66,93
705 0 Kinnkappe	60,22
710 0 Aufbiss	12,02
711 0 Abschirmelement	20,49
712 1 Weichkunststoff (KFO)	53,75
712 2 Sonderkunststoff (KFO)	53,75
720 0 Schraube einarbeiten	18,30
721 0 Spezial-Schraube einarbeiten	27,15
722 0 Trennen einer Basis	7,54
730 0 Labialbogen	23,38
731 0 Labialbogen modifiziert	31,96
732 0 Labialbogen intermaxillär	36,03
733 0 Feder, offen	10,31
734 0 Feder, geschlossen	13,08
740 0 Verbindungselement/intramaxillär	27,15
741 0 Verbindungselement/intermaxillär	30,05
742 0 Verankerungselement	24,88
743 0 Einzelement einarbeiten	12,88
744 0 Metallverbindung (KFO)	18,02
750 0 Einarmiges H-/A-Element	11,16
751 0 Mehrarmiges H-/A-Element	19,13

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
801 0	Grundeinheit ZE	19,36
801 8	Grundeinh. Instands. ZE/Implantatgest.	19,36
802 1	LE Sprung	8,34
802 2	LE Bruch	8,34
802 3	LE Einarbeiten Zahn	8,34
802 4	LE Basisteil Kunststoff	8,34
802 5	LE Halte- und/oder Stützvor. einarbeiten	8,34
802 6	LE Rückenschutzplatte einarbeiten	8,34
802 7	LE Kunststoffsattel	8,34
803 0	Retention, gebogen	36,27
804 0	Retention, gegossen	45,82
806 0	Gegossenes Basisteil	69,42
807 0	Metallverb. bei Instands./Erweiterung	18,17
808 0	Teilunterfütterung einer Basis	35,57
808 8	Teilunterfütterung/implantatgest.	35,57
809 0	Vollständige Unterfütterung	56,91
809 8	Vollst. Unterfütterung/implantatgest.	56,91
810 0	Prothesenbasis erneuern	69,64
810 8	Prothesenbasis erneuern/Implantativ.	69,64
813 0	Auswechseln Konfektionsteil	12,20
820 0	Instands. Krone/Flügel/Brückenglied	35,80
820 8	Instands. Krone/implantatgest.	35,80
861 0	Grundeinheit/Instands. KFO oder Aufbissbehelf	20,76
862 0	LE Einfügen Regulierungs- oder Halteelement	8,58
863 0	LE Erneuerung eines Elementes/intermaxillär	15,02
864 0	KFO-Basis erneuern	75,94
870 0	Remontieren KO-Gerät	54,72
933 0	Versandkosten	5,99
933 8	Versandkosten bei Implantativ.	5,99
970 0	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	13,56
S0020	Remontage-Modell	25,94
S0401	Montage eines Modellpaars in Fixator	10,39
S0402	Montage in Mittelwertartikulator	12,48
S0404	Modellmontage in individuellen Artikulator	13,51
S0407	Montage eines Gegenkiefermodells	7,66
S0408	Einstellen nach Registrat	8,31
S2301	Gussfüllung indirekt einflächig	48,44
S2302	Gussfüllung indirekt zweiflächig	56,82
S2303	Gussfüllung indirekt dreiflächig	66,94
S2304	Gussfüllung indirekt mehrflächig	70,68
S2307	Gussonlay	70,68

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

[in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

- 4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämie 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,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt;

der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Viertes Sozialgesetzbuch (SGB IV)

§ 16 Gesamteinkommen

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

Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 6 Versicherungsfreiheit

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2015 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutter-schutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreizwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahrs, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste

Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.
- (5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.
- (6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basisarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die

Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der Privaten Krankenversicherung gilt § 12 Abs. 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtetlich und außergerichtlich vertreten.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind; er kann die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die
[...]

6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

(2) Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung 1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionsfähigkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht, 2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und 3. positive Versorgungseffekte aufweist. Ein positiver Versorgungseffekt nach Satz 2 Nummer 3 ist entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Antragsformulare für seinen Antrag zu verwenden.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid. Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Leistungen der Hebammenhilfe, die jeweils zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, sowie die Bestimmung der Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, hat ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufzufordern, den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen

Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 4 beantragt, ist der Antrag abzulehnen.

- (4) Ist dem Hersteller der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 noch nicht möglich, kann er nach Absatz 2 auch beantragen, dass die digitale Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung des Beitrags der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verbesserung der Versorgung und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 3 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich der zur Erprobung erforderlichen ärztlichen Leistungen oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen, zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für positive Versorgungseffekte der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung vorzu legen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 2 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig.
- (5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragspartner nach § 87 Absatz 1 zeitgleich mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis über die ärztlichen Leistungen, die als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt wurden. Wurde eine Leistung eines Heilmittelerbringens oder einer Hebamme als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt, informiert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 oder § 134a Absatz 1 über diese Leistung.
- (6) Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich anzugeben, 1. dass sie wesentliche Veränderungen an den digitalen Gesundheitsanwendungen vorgenommen haben oder 2. dass Änderungen an den im Verzeichnis veröffentlichten Informationen notwendig sind. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Anzeigeformulare für seine Anzeigen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige durch Bescheid darüber, ob das Verzeichnis anzupassen ist oder ob die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen ist. Erlangt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von

anzeige pflichtigen Veränderungen einer digitalen Gesundheitsanwendung, so hat es dem jeweiligen Hersteller eine Frist zur Anzeige zu setzen, die in der Regel nicht mehr als vier Wochen betragen darf. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann dem Hersteller gleichzeitig ein Zwangsgeld von bis zu 100 000 Euro androhen und dieses Zwangsgeld im Falle der Nichteinhaltung der Frist zur Anzeige festsetzen. Kommt der Hersteller der Aufforderung zur Anzeige wesentlicher Veränderungen nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis streichen. Der Hersteller ist verpflichtet, Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis davon erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Auf Antrag des Herstellers ist eine digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen.

- (7) Die Kosten des Verwaltungsverfahrens nach den Absätzen 2, 3, 4 und 6, einschließlich des Widerspruchsverfahrens gegen einen auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Verwaltungsakt oder gegen die auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 9 erfolgte Festsetzung von Gebühren und Auslagen, trägt der Hersteller. Die Verwaltungskosten werden nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben. Kosten für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die nicht in die Gebühren einbezogen sind, werden als Auslagen gesondert in der tatsächlich entstandenen Höhe erhoben. Für die Erhebung der Gebühren und Auslagen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend.
- (8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im Internet einen Leitfaden zu Antrags- und Anzeigeverfahren sowie elektronische Formulare für vollständige Antrags- und Anzeigounterlagen in deutscher und englischer Sprache. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung nach § 33a zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Für die Beratung können Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben werden; Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.
- (9) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu 1. Den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte. 2. den nach Absatz 2 Satz 2 nachzuweisenden Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den positiven Versorgungseffekten, 3. den nach Absatz 4 Satz 2 zu begründenden Versorgungsverbesserungen und zu dem nach Absatz 4 Satz 2 beizufügenden Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte, 4. den nach Absatz 6 Satz 1 anzeigepflichtigen Veränderungen und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7, 5. den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten sowie den Auslagen nach den Absätzen 7 und 8 Satz 3, 7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und

der Patientenorganisationen nach § 140f an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 134 sowie der Verteilung der Kosten. Die Regelungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 erfolgen unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin.

(10) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 1. Januar 2024 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an die Datensicherheit nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet ab dem 1. Juni 2024 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 durch entsprechende Zertifikate an. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit durch den Hersteller ist spätestens ab dem 1. Januar 2025 unter Vorlage eines Zertifikates nach Satz 2 zu führen.

(11) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1. August 2024 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien nach Satz 1 ausgestellten Zertifikates nach Artikel 42 der Verordnung (EU) 2016/679 zu führen.

(12) In das Verzeichnis nach Absatz 1 können auch digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, die durch die Träger der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach dem Sechsten Buch erbracht werden. Die Absätze 1 bis 4a und 6 bis 10 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass für digitale Gesundheitsanwendungen nach Satz 1 neben dem Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zusätzlich der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist. Nähere Regelungen zu dem zusätzlichen Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 1 bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Regelungen in den Sätzen 1 und 2 werden keine Leistungsverpflichtungen für die Krankenkassen begründet

§ 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

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 Vom-Hundert-Anteils 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

§ 403 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit

vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers getan werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vier-ten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbe-zugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leis-tungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leis-tungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

**Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln**

**Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de**

Ein Unternehmen der Generali Gruppe