

Recht

Allgemeine Versicherungs- bedingungen für den Notlagentarif

AVB/NLT 2013, Tarif NLT



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Inhalt

Teil I – Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

A. Versicherungsfähigkeit.....	4
--------------------------------	---

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18	4
--	---

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes..	4
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 3 Wartezeiten.....	6
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	6
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	7
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	8
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes im Notlagentarif	9

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Prämienzahlung	9
§ 8a Prämienberechnung und -begrenzung	10
§ 8b Prämienanpassung	10
§ 9 Obliegenheiten und Pflichten	11
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	11
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	12
§ 12 Aufrechnung	12

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	14
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe.....	14

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	14
§ 17 Gerichtsstand	14
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	15

Teil II – Tarif NLT

Leistungsrahmen	16
A. Ambulante Heilbehandlung	16
B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.....	19
C. Zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche	20
D. Stationäre Heilbehandlung	21
E. Fahrkosten	22
F. Auslandsbehandlung	22
G. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Kinder und Jugendliche .	23
H. Stationäre Hospizleistung	23
I. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	23

Teil I – Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

A. Versicherungsfähigkeit

(1) Der Notlagentarif wird von den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form als

- **Tarifstufe NLTN** sowie als
- **Tarifstufe NLTB** mit einer Erstattung der Behandlungskosten zu 20, 30 oder 50 Prozent

unterhalten.

2) Versicherungsfähig in **Tarifstufe NLTN** sind Personen, wenn ihre der Pflicht nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genügende Versicherung nach den gesetzlichen Vorschriften des § 193 Abs. 6 VVG ruht.

(3) Versicherungsfähig in **Tarifstufe NLTB** sind Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, sowie ihre bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn ihre der Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG genügende Versicherung nach den gesetzlichen Vorschriften des § 193 Abs. 6 VVG ruht.

(4) Versicherungsfähig in den Tarifstufen NLTN und NLTB sind zudem Versicherte, deren Leistungen aus dem Vertrag am 1. August 2013 gemäß § 193 Abs. 6 VVG in der bis dahin geltenden Fassung ruhend gestellt sind.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Rahmen der nachfolgenden Regelungen ausschließlich für Aufwendungen, die zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, und für sonstige Leistungen des Notlagentarifs.

Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(2) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 1 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustands; bei versicherten Kindern und Jugendlichen die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Der Versicherungsfall endet bei Kindern und Jugendlichen, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht; bei anderen versicherten Personen endet der Versicherungsfall, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit wegen der akuten Erkrankung bzw. des Schmerzzustands nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine akute Krankheit ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, und ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 und 3 Strafgesetzbuch durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen;
- b) für Kinder und Jugendliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz empfiehlt;
- c) teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz;
- d) die spezialisierte ambulante Palliativversorgung;
- e) die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § 153 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Unter den im Tarif genannten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch genommen werden.

(6) 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.

(7) Ein Wechsel aus dem Notlagentarif in einen anderen Tarif ist ausgeschlossen.

§2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz in diesem Tarif beginnt mit dem Ruhen des Vertrages. Tritt der Versicherungsfall vor diesem Zeitpunkt ein, bestimmt sich die Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt nach diesen Bedingungen. Für nicht teilbare Kostenpositionen von Heilbehandlungen, die vor dem Beginn des Versicherungsschutzes nach Satz 1 begonnen haben und danach fortgesetzt werden, bestimmt sich die Leistungspflicht gemäß den Bedingungen des Notlagentarifs zeitanteilig. Dies gilt auch, wenn der Versicherer für die Heilbehandlung vor dem Zeitpunkt der Versicherung im Notlagentarif eine Leistungszusage erteilt hat.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt in dem Tarif, in dem der Elternteil versichert war, bevor er als im Notlagentarif versichert gilt, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

§3 Wartezeiten

Im Notlagentarif bestehen keine Wartezeiten.

§4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe, Umfang und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. -zahnärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte).

(3) Arznei-, Verband- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern vor deren Bezug verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, einschließlich der Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern nach Maßgabe der Abschnitte B und D des Tarifs NLT.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung sowie bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und Mutterschaft in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden

die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang nur für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(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 Kriegseignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. Sterilisation, ästhetische Operationen, Tätowierungen, Piercings) zugezogen hat, 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 schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner i.S.v. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- f) für ambulante Psychotherapie;
- g) für Heilmittel, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- i) für Kosten des Rücktransports aus dem Ausland.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, 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.

(3) 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 folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:

- a) Es sind Rechnungsoriginale oder gegebenenfalls deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.
- b) Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Entschädigungen und Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, die Vertragsarzt Nummer und das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.
- c) Arzneimittelverordnungen sollen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers eingereicht werden, es sei denn, dass der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vermerkt hat. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem müssen die Pharmazentralnummer und das Apothekenkennzeichen aufgedruckt werden. Rechnungen über Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen, Hilfsmittelrechnungen müssen die Hilfsmittelnummern des Hilfsmittelverzeichnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.
- d) Die nach Buchstaben a) bis c) 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.

(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 keine Benennung nach Satz 1 vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

§7 Ende des Versicherungsschutzes im Notlagentarif

(1) Der Versicherungsschutz im Notlagentarif endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war. Wird der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches, wird der Vertrag ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war; der Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist durch Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. In den Fällen der Sätze 1 und 2 ist die versicherte Person so zu stellen, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit durchgeführte Prämienanpassungen, Anpassungen des Selbstbehaltes sowie des Risikozuschlages und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab diesem Zeitpunkt auch für die versicherte Person.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§8 Prämienzahlung

(1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Prämie ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Die Pflicht zum Ausgleich der im Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Prämienrückstände aus der ursprünglichen, die Pflicht zur Versicherung gemäß

§ 193 Abs. 3 VVG erfüllende Krankenversicherung zuzüglich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bleibt von der Prämienzahlungspflicht im Notlagentarif unberührt und besteht auch nach Beendigung des Versicherungsschutzes im Notlagentarif fort.

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(4) Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes gemäß § 193 Abs. 6 S. 2 VVG einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.

§ 8a Prämienberechnung und -begrenzung

(1) Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien wird im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß § 153 Abs. 2 S. 6 VAG in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

(2) Für die Dauer der Versicherung im Notlagentarif entfallen Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte.

(3) Die zu zahlende Prämie ist für die versicherte Person begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch jeweils bekannt gegebenen Höhe wird hinzugerechnet.

Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

(4) Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, kann der Versicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen.

§ 8b Prämienanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Prämien überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Von einer

solchen Prämienanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(2) Sind die zu zahlenden Prämien infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Prämien gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung des Höchstbeitrags angeglichen werden.

(3) Prämienanpassungen gemäß Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt; Prämienangleichungen gemäß Absatz 2 werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam.

§ 9 Obliegenheiten und Pflichten

(1) 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 oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Die versicherte Person ist vor Behandlungsbeginn verpflichtet, gegenüber den in § 4 Abs. 2 und 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Nachweises auf ihren Versicherungsschutz im Notlagentarif hinzuweisen.

Hündigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Nachweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.

Ein vom Versicherer ausgegebener Ausweis über den Versicherungsschutz (Card für Privatversicherte) darf mit Beginn der Versicherung im Notlagentarif nicht mehr verwendet werden; er ist dem Versicherer unverzüglich zurückzugeben.

(5) Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) 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 WVG, 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 infolge dessen 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 Prämienzahlungspflicht 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 mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Lauf des Versicherungsjahres bemisst sich nach den Bestimmungen des Ursprungstarifs.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen 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 das Versicherungsverhältnis 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 die Prämie nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht die Prämie 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) Erhöht der Versicherer die Prämien aufgrund der Prämienanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Prämienhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2 und 4 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.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in dem Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, 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.

(7) Die Kündigung erstreckt sich auch auf den Tarif, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war.

(8) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, ist der Versicherer berechtigt, den Übertragungswert bis zum Ausgleich des Rückstandes zurückzubehalten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) 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 Verpflichtung gemäß § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG, die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.

(2) Das Kündigungsrecht nach § 38 VVG bleibt unberührt, wenn der Versicherte nicht mehr der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG unterliegt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, 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. 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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 Wohnsitz 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 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Notlagentarifs und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(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 Vertrags 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.

(3) Die im Notlagentarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 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 einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Teil II – Tarif NLT

Leistungsrahmen

Im Notlagentarif leistet der Versicherer im Rahmen der nachfolgenden Regelungen für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft medizinisch notwendig und erforderlich sind. Für Kinder und Jugendliche leistet der Versicherer im Rahmen der nachfolgenden Regelungen für Aufwendungen, die medizinisch notwendig und erforderlich sind. Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

Der Tarif umfasst die Tarifstufe N und für Beihilfeberechtigte die Tarifstufe B. Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt davon ab, welcher Tarifstufe und welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe die versicherte Person angehört. Bei Tarifstufe N beträgt die Höhe der Versicherungsleistungen 100 Prozent der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis I. Bei Tarifstufe B hängt die Höhe der Versicherungsleistungen von der Leistungsstufe (20 %, 30 % und 50 %) ab, der die versicherte Person zugeordnet ist.

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen bzw. in einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Folgenden genannten Höchstsätzen zu 100 Prozent ersetzt:

- a) 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
- b) 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
- c) 1,8facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

(3) Soweit die Vergütungen für die ärztliche Behandlung gemäß Absatz 1 durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 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 einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt sind, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Arznei- und Verbandmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verbandmittel und verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb von zehn Tagen nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke bezogen wurden. Erstattungsfähig sind ferner verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch den behandelnden Vertragsarzt ausnahmsweise zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Stehen für das verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn, die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist rechtzeitig lieferbar.

(2) Als Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige und von Verordnungseinschränkungen betroffene Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(4) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom GKV-Spitzenverband festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(5) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom GKV-Spitzenverband festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(6) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte, verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.

(7) Aufwendungen für Harn- und Blutzuckerteststreifen für an Diabetes erkrankte Versicherte, die mit Insulin behandelt werden und die von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke bezogen wurden, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen-Spezialitäten-Steuer gelistet ist, zuzüglich des

durchschnittlichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig. Für Harn- und Blutzuckerteststreifen für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, gelten die Verordnungseinschränkungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

3. Heilmittel für Kinder und Jugendliche

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden würde, wenn die Behandlung bereits vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und ein maßgeblicher Teil der Behandlung bereits erfolgt ist. Die Heilmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden.

(2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und ist vor Fortsetzung der Therapie eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen. Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt auf der Grundlage der Preisvereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. Der Aufwendungsersatz beträgt 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

4. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für vertragsärztlich verordnete Hilfsmittel in Standardausführung, sofern für diese Hilfsmittel oder die Aufwendungen für Reparatur innerhalb von zehn Tagen nach Verordnung eine Zusage des Versicherers beantragt worden ist. Vor dem Bezug eines Hilfsmittels ist die Zusage des Versicherers einzuholen. Der Versicherer hat das Recht, den Versicherungsnehmer auf den Bezug bei einem seiner Kooperationspartner zu verweisen oder Hilfsmittel ggf. auch leihweise zu überlassen.

5. Ambulante Anschlussheilbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für im Anschluss an eine aus Gründen eines medizinischen Notfalles medizinisch notwendige akute Krankenhausbe-

handlung erforderliche ambulante Anschlussheilbehandlung einschließlich Heilmitteln, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder zu ermöglichen, dass die anschließende ambulante ärztliche Behandlung ausreicht.

(2) Der Anspruch auf ambulante Anschlussheilbehandlung ist ausgeschlossen, soweit ein anderer Kostenträger einstandspflichtig ist.

(3) Die Anschlussheilbehandlung muss in Einrichtungen erfolgen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen haben. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(4) Der Anspruch auf ambulante Anschlussheilbehandlung ist begrenzt auf das medizinisch zwingend gebotene Maß und auf eine Behandlungsdauer von drei Wochen, es sei denn, der Versicherer hat die Kostenübernahme für einen längeren Zeitraum schriftlich zugesagt.

B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

1. Schwangerschaft und Mutterschaft

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen bei Schwangerschaft,
- b) Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch Arzt und Hebamme sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege ohne hauswirtschaftliche Versorgung,
- c) Entbindung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer anderen stationären Vertragseinrichtung, in der Geburtshilfe geleistet wird.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte bis zur Höhe nach A. Nr. 1 Abs. 2 Tarif NLT, Abs. 3 gilt entsprechend. Für Leistungen durch Hebammen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten aufzuwenden wäre.

2. Schwangerschaftsabbruch

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 bis 3 des Strafgesetzbuches (medizinische und kriminologische Indikation) durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen.

C. Zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche

1. Zahnärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassen sind, soweit die Aufwendungen im Ersatzkassenvertrag Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind.

(2) Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung mit Zahnersatz (auch Einzelkronen, Implantate), Einlagefüllungen (Inlays), mehrschichtige Kompositfüllungen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie für kieferorthopädische Behandlung.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, werden die Vergütungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen ersetzt.

(4) Werden die Gebührensätze gemäß Absatz 3 durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 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 einerseits und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, wenn diese unaufschiebbar ist, die Behandlung fortlaufend erfolgt und sofern ein maßgeblicher Teil der Behandlung bereits vor der Versicherung im Notlagentarif erfolgt ist.

(2) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für

- a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind, und
- b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind,

für eine kieferorthopädische Versorgung in den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch begründeten Indikationsgruppen (KIG), bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen, die vor Umstellung in den Notlagentarif begonnen wurden, wenn diese zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns nach dem Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs (KIG) nicht erstattungsfähig gewesen wären.

(4) Leistungen kann nur eine versicherte Person beanspruchen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(5) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 4 gilt entsprechend.

(6) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreisen für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die Höchstpreise nach Satz 1 um 5 Prozent.

(7) Der Aufwendungsersatz beträgt 80 Prozent für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß Absatz 5 und Absatz 6.

(8) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Fortsetzung der Behandlung im Notlagentarif einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der insbesondere umfassende Angaben zum Befund und zur geplanten Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im nächstgelegenen, für die Behandlung geeigneten Krankenhaus gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, das

- a) nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt ist,
 - b) in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus) oder
 - c) einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat.
- } (zugelassene Krankenhäuser)

Wählt die versicherte Person ohne zwingenden Grund ein anderes zugelassenes Krankenhaus als das nächstgelegene, für die Behandlung geeignete Krankenhaus, sind die Mehrkosten von der versicherten Person selbst zu tragen.

(2) Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 bis zu den in Abschnitt A. Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen.

2. Stationäre Anschlussheilbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für im Anschluss an eine aus Gründen eines medizinischen Notfalles medizinisch notwendige akute Krankenhausbehandlung erforderliche stationäre Anschlussheilbehandlung, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist. Die ambulante Anschlussheilbehandlung hat stets Vorrang vor der stationären Anschlussheilbehandlung, sofern der Gesundheitszustand des Versicherten die ambulante Anschlussheilbehandlung zulässt.

(2) Der Anspruch auf stationäre Anschlussheilbehandlung ist ausgeschlossen, soweit ein anderer Kostenträger einstandspflichtig ist.

(3) Die Anschlussheilbehandlung muss in Einrichtungen erfolgen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen haben. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(4) Der Anspruch auf stationäre Anschlussheilbehandlung ist begrenzt auf das medizinisch zwingend gebotene Maß und auf eine Behandlungsdauer von drei Wochen, es sei denn, der Versicherer hat die Kostenübernahme für einen längeren Zeitraum schriftlich zugesagt.

E. Fahrkosten

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen, wenn der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

F. Auslandsbehandlung

(1) Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes sind erstattungsfähig die Aufwendungen durch Leistungserbringer im Sinne von § 4 Abs. 2 AVB/NLT 2013, die aufgrund einer EG-Richtlinie approbiert oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung zugelassen sind.

(2) Für stationäre Heilbehandlungen in einem der in Absatz 1 Satz 1 genannten Staaten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit der Versicherer eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.

G. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Kinder und Jugendliche

Erstattungsfähig sind für Kinder und Jugendliche die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt.

H. Stationäre Hospizleistung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

I. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Anspruchsberechtigt ist eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

(2) Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

- a) bei Ärzten bis zu den in A Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Vergütungssätzen,
- b) bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Stand: Januar 2017

Bildnachweis: Titel: Sergey Nivens/fotolia



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de