



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Vollversicherung - Tarif HAT6 (KV761_202105)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Umfang des Versicherungsschutzes	§ 7 Monatsbeiträge
§ 2 Versicherungsleistungen	§ 8 Übertragungswert
§ 3 Wegfall von Wartezeiten	
§ 4 Tariflicher Selbstbehalt	Anlagen
§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen	Anhang
§ 6 Umstellungsoption	

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs HAT6

§ 1 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührevorschriften

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

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

- Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter Heilpraktikern frei.
- Zusätzlich hat die versicherte Person bei ambulanter Behandlung freie Wahl unter Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe.
- Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor-, Röntgen- oder physiotherapeutische Leistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.
- Aufwendungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn die psychotherapeutische Behandlung von einem in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, oder von einem approbierten Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen, den frei gemeinnützigen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von e) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.
 - wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätte durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt

- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltes des Versicherten war,
- wenn während eines Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- bei Notfallbehandlungen.

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

(3) Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen

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

(4) Erstattungsfähige Behandlungsmethoden

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

(5) Auskunft über Leistungsumfang

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



(6) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(7) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. § 1 Abs. 7 g) bleibt unberührt. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet;
- für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern es sich um sog. Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen z. B. aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie (Kreislauferkrankung) Angiologie (Gefäßerkrankungen), Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie (Hormonerkrankungen) oder Gynäkologie handelt und die AHB innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Die Frist gilt nicht, wenn der Beginn einer AHB aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie nach einer Tumorbehandlung) früher nicht möglich ist. Ist ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) vorhanden, sind gegebenenfalls nur Eigenbehalte erstattungsfähig.
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Leistungseinschränkungen:

- Bei Suchterkrankungen werden die Kosten für insgesamt drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen erstattet, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Die Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind auf die allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt. Privatärztliche Behandlungskosten sowie gesondert berechenbare Unterbringungszuschläge sind nicht erstattungsfähig.
- Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
Soweit Aufwendungen bei einer Auslandsbehandlung nicht nach GOÄ, GOZ, GOP, GebuH oder den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten sie als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.
- Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Ambulante Behandlung

a) Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ärztliche Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ zu 75 % erstattet. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Erstbehandlung durch einen **Hausarzt** durchgeführt wurde.

Als Hausärzte gelten:

Ärzte für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzte, Internisten (sofern dieser hausärztlich tätig ist und rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über hausärztliche Tätigkeit vorgelegt wird), Fachärzte für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, Notärzte oder Bereitschaftsärzte.

Nachweis der Erstbehandlung durch einen Hausarzt

Wird eine Folgebehandlung nicht durch einen Hausarzt durchgeführt, muss nachgewiesen werden, dass die Erstbehandlung durch einen Hausarzt erfolgte. Dazu ist der Rechnung für die Folgebehandlung die Überweisung des Hausarztes beizufügen.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Aufwendungen für eine Behandlung durch einen Heilpraktiker sind, mit Ausnahme psychotherapeutischer Behandlungen, erstattungsfähig, wenn sie im GebuH in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind. Sie werden bis zu den Höchstbeträgen des GebuH zu **75 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.200,00 EUR p. a. erstattet.

c) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden **100 %** der Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen unabhängig vom erreichten Alter.

d) Schutzimpfungen

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe.

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

e) Alternativmedizinische Verfahren

Erstattet werden 75 % der Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung bei Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutischer Lokalanästhesie, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Behandlung durch einen Hausarzt erfolgt oder ein Hausarzt die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt bestätigt hat. Weitere alternativmedizinische Verfahren sind unter dem Vorbehalt des § 1 Abs. 4. erstattungsfähig.

f) Schwangerschaft und Entbindung

Aufwendungen für Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) zu **100 %** erstattet.

g) Psychotherapie

Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) zu 75 % bis zu höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet.

h) Arzneimittel und Verbandmaterial

Erstattet werden **75 %** der Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel (siehe hierzu auch § 1. Abs. 3) und für Verbandmaterial. Der Erstattungssatz für Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel erhöht sich auf **100 %**, wenn es sich bei den Arzneimitteln um Generika handelt. Gleiches gilt für Originalpräparate, sofern es keine Generika gibt.

Ein Generikum (auch Nachahmepreparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen vertriebenen Medikaments.

i) Heilmittel und Hilfsmittel

Aufwendungen für Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie im Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage 1) aufgeführt sind.

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

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



dungen für sonstige Unterhalts- und Betriebskosten (z. B. Strom und Batterien) von Hilfsmitteln.

Heil- und Hilfsmittel werden bis zu den in dem entsprechenden Verzeichnis angegebenen Höchstbeträgen bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.500,00 EUR p. a. zu 75 % erstattet. Liegen die erstattungsfähigen Aufwendungen pro Person und Kalenderjahr über 5.500,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 5.500,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt. Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Das gilt auch für Beträge, die über den im Heilmittel- oder im Hilfsmittelverzeichnis (siehe Anlage 2) aufgeführten Begrenzungen liegen.

Sehhilfen werden unter Buchstabe j) geregelt.

j) Sehhilfen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 230,00 EUR zu 75 % erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von 24 Monaten.

k) Laserverfahren

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

l) Transport- und Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- zur ambulanten Notfallbehandlung,
- bei ambulanter Dialyse,
- bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie
- bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie
- bei stationärer ambulanten Operationen am Tag der Operation

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

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

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

m) Künstliche Befruchtung

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

Voraussetzungen für die Erstattung sind:

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

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

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

n) Häusliche Behandlungspflege

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

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

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

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

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

(2) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

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

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

100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (siehe Anhang). Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet. Insbesondere gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung eines Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, als medizinisch notwendig.

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

c) Außerdem werden folgende Aufwendungen zu 100 % ersetzt:

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

(3) Palliativversorgung

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

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

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altenheime und stationäre Pflegeeinrichtungen.

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



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

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

(4) Zahnärztliche Behandlung

Grundsätzliche erstattungsfähige Höhe der Aufwendungen

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

a) Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung

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

b) Zahnprophylaxe

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

c) Zahnersatz und Inlays

Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays werden zu 60 % erstattet. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 70 %, wenn in den der Zahnersatzmaßnahme vorausgehenden drei Kalenderjahren Versicherungsschutz in diesem Tarif bestand und je Kalenderjahr eine zahnärztliche Prophylaxe nachgewiesen wird. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 80 %, wenn dieser Nachweis für die vorausgehenden sechs Kalenderjahre erfolgt.

Ggf. bei einer anderen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung erworbene Rabatte aufgrund regelmäßig durchgeführter zahnärztlicher prophylaktischer Maßnahmen werden nicht angerechnet.

Die zahnärztliche Prophylaxe ist durch den Behandelnden in einem Bonusheft zu dokumentieren. Das Bonusheft stellt der Versicherer zur Verfügung.

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage 3) zu diesem Tarif aufgeführt sind mit den darin genannten Höchstbeiträgen. Beträge, soweit sie über den dort genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistungsbegrenzung

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

- 1.000,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 2.000,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
- 3.000,00 EUR im dritten Versicherungsjahr
- 4.000,00 EUR im vierten Versicherungsjahr
- 5.000,00 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr

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

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

d) Kieferorthopädie

Es werden 80 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage 3) für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erstattet. Bei Unfall entfällt die Beschränkung auf das 21. Lebensjahr. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

e) Heil- und Kostenplan

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Der Versicherer wird diesen Kostenvorschlag prüfen und dem Versicherungsnehmer den tariflichen Leistungsumfang verbindlich bekannt geben. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

Wird kein Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung vorgelegt, erfolgt eine Reduzierung des tariflichen Erstattungsbetrages um die Hälfte des Teils, der 2.500,00 EUR übersteigt.

(5) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und

b) durch einen in § 1 Abs. 2 a) oder in § 1 Abs. 2 d) aufgeführten Leistungserbringer verordnet wurden.

Der Anspruch 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.

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Verordnung durch einen Hausarzt gemäß § 2 Abs. 1 a) ausgestellt wurde oder im Vorfeld eine Überweisung durch einen Hausarzt erfolgte.

(6) Leistungen im Ausland

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

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

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

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

Zusätzliche Leistungen im Ausland

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport des Erkrankten. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare, geeignete Krankenhaus erfolgen. Für den Rücktransport bietet der Versicherer einen 24-Stunden-Notrufservice an und übernimmt auf Wunsch des Versicherten die Organisation des Rücktransportes. Wird der Rücktransport nicht durch den Versicherer organisiert, ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Erstattungsfähig sind zudem die unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Leichnams der versicherten Person an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Im Fall einer Beisetzung im Ausland werden die Aufwendungen für eine Bestattung maximal in der Höhe erstattet, die durch eine Überführung entstanden wären.

§ 3 Wegfall von Wartezeiten

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



§ 4 Tariflicher Selbstbehalt

1) Allgemeine Bestimmung

Von den unter § 2 genannten Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 600,00 EUR für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr und von 300,00 EUR für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Ausgenommen davon sind Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe c), für Zahnprophylaxe (§ 2 Abs. 4 Buchstabe b) und für Schutzimpfungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe d). Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

2) Sonderfälle

a) Beginn oder Ende während eines Versicherungsjahres

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

b) Tarifwechsel während eines Kalenderjahres

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

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

§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen

1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vmhundertsatz beträgt bei Tarif HAT6 bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

2) Anpassung des Heilmittelverzeichnisses (Anlage 1), des Hilfsmittelverzeichnisses (Anlage 2) und des Verzeichnisses für zahn-technische Leistungen (Anlage 3)

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

3) Beitragsrückerstattung

Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe c, für Zahnprophylaxe gemäß § 2 Abs. 4 Buchstabe b und für Schutzimpfungen gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe d gelten nicht als Versicherungsleistungen im Sinne von § 6 Abs. 2 Teil I der AVB und führen daher nicht zum Verlust des Anspruchs einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung.

§ 6 Umstellungsoption

Bei einer Umstellung des Tarifs HAT6 in einen höherwertigen Krankheitskosten-Vollversicherungsschutz verzichtet der Versicherer auf eine erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vgl. § 4 Abs. 6 Teil I der AVB), wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Vor Abschluss des Tarifs HAT6 bestand beim Versicherer keine Krankheitskosten-Vollversicherung.
- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT6 in Kraft.
- Der Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes liegt dem Versicherer spätestens einen Monat vor Ablauf des dritten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT6 vor.

Diese Umstellungsoption gilt nicht für Umstellungen, die zu einem anderen Zeitpunkt als zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT6 in Kraft treten. Der Umwandlungsanspruch gemäß § 1 Teil I Abs. 6 AVB bleibt unberührt. Beitragszuschläge, die bereits für den Tarif HAT6 vereinbart waren, werden gemäß § 8 a Teil I Abs. 4 AVB bei einer Umstellung in einen höherwertigen Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 Teil I AVB nach Tarif HAT6 versichert wurden, besteht die Umstellungsoption nur, soweit der Versicherungsschutz durch die Umstellung nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils wird.

§ 7 Monatsbeiträge

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

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

§ 8 Übertragungswert

Bei Tarif HAT6 besteht Anspruch auf einen Übertragungswert gemäß § 13 Abs. 8 Teil I der AVB.



Anlage 1: Heilmittelverzeichnis des Tarifs HAT6

Wichtige Informationen:

Das Heilmittelverzeichnis kann gemäß § 5 Abs. 2 angepasst werden. Leistungen, die nicht im nachfolgenden Verzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Physiotherapie

- Inhalationen

Inhalationstherapie als Einzelinhalation	8,80
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	7,50

- Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	25,70
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten	33,80
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 45 Minuten	45,30
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	8,20
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mind. 60 Minuten	71,40
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30
Bewegungsübungen	10,20
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, mind. 30 Minuten	31,20
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, mind. 30 Minuten	15,60
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mind. 30 Minuten	29,70
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mind. 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mind. 60 Minuten)	46,20
Extensionsbehandlung (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,80

- Massagen

Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	18,20
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mind. 30 Minuten	25,70
- Ganzbehandlung, mind. 45 Minuten	38,50
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	12,40
Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,50

- Palliativversorgung

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, mind. 60 Minuten	66,00
---	-------



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

- Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	15,60
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	36,20
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	47,80
Schwitzpackung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
Kaltpackung - Anwendung von Lehm, Quark, o. ä.	10,20
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	20,30

- Kälte- und Wärmebehandlung

Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	12,90
Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	12,90
Eisteilbad	12,90
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie	11,90

- Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	8,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	8,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	8,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	15,60
Iontophorese	8,20
Zwei- oder Vierzellenbad	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00

- Lichttherapie

Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	4,00
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,00

- Osteopathische Behandlung

Pro Sitzung	60,00
-------------	-------



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	-------------------------------------

Ergotherapie

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mind. 30 Minuten	41,80
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mind. 45 Minuten	54,80
- bei psychischen Störungen, mind. 60 Minuten	72,30
- als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit - bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
- als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit - bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
- als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychischfunktionellen Störungen	67,70
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten	46,20
Gruppenbehandlung - mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
- bei psychischen Störungen, mind. 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90

Logopädie

Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen - Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	41,80
- Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	59,00
- Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	68,90
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer, mind. 45 Minuten	34,60

Podologie

Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40

Ernährungstherapie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, mind. 60 Minuten	66,00
Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
Gruppenbehandlung, mind. 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
----------	--

Hausbesuche/Wegegeld

Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer bis max. 50 km oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis max. 50 km.	



Anlage 2: Hilfsmittelverzeichnis des Tarifs HAT6

Wichtige Informationen:

Das Hilfsmittelverzeichnis kann gemäß § 5 Abs. 2 angepasst werden. Beträge, die über den im Verzeichnis genannten Grenzen liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Hilfsmittel	Begrenzung
Hörhilfen	Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazu gehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik), maximal 1.750,00 EUR pro Hörhilfe
Perücken	bei krankhaftem Haarausfall max. 550,00 EUR je Perücke
Sprechhilfen	
Orthopädische Schuhe	bis zu einem Rechnungsbetrag von 550,00 EUR pro Jahr
Einlagen	max. 4 Paar pro Jahr
Körperersatzstücke/Prothesen	
Bandagen	
Blutzuckermessgeräte	
Bruchbänder	
Kompressionsstrümpfe	
Gehhilfen	
Tens-Geräte	
Inhalationsgeräte	
Peak-Flow-Meter	
Milchpumpen	
Beatmungsgeräte	
Absauggeräte	
Sauerstoffkonzentratoren	
Herz- und Atemmonitore	
Ernährungspumpen	
Schlafapnoegeräte	max. 2.250,00 EUR
Geh- und Stützapparate	
Krankenfahrstühle	
Heimdialyse	
Stoma- und Tracheostomaartikel	
Coagu-Check-Geräte	
Überwachungsmonitore für Säuglinge	
Herzschrittmacher	
Blutgerinnungsmessgeräte	max. 800,00 EUR



Anlage 3: Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs HAT6

Wichtige Informationen:

Das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen kann gemäß § 5 Abs. 2 angepasst werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Abformpfosten/Modellimplantat repositionieren und aufschrauben, je Implantatpfosten	16,70
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	56,00
Aufbissschiene/Knirscherschene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	186,90
Aufstellen Grundeinheit	36,10
Aufstellen je Zahneinheit	9,20
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	56,00
Auswerten eines Registrates	8,00
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	32,00
Basis unterfüttern	88,00
Basisteil unterfüttern	50,70
Basis erneuern	106,80
Bisswall aus Wachs	13,30
Bohrschablone	206,70
Brückenglied aus Keramik	189,00
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	62,20
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	10,70
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	17,40
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	10,70
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer- Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	16,00
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	46,70
Fertigstellen je Zahneinheit	6,00
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	42,70
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	21,30
Gebogene Retention, je Retention	13,30
Gegossene Retention, je Retention	33,30
Grundeinheit Fertigstellung	80,00
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - einflächig	64,00
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	77,40
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	90,70
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	97,40
Gussonlay/Gussteilkrone	90,70
Hilfsteil in Abdruck	11,40
Implantatausgleichskrone gegossen	74,10
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	20,10
Individueller Löffel/Funktionslöffel	38,70
Individuelles Geschiebe	157,50
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	46,70



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	36,10
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - einflächig	166,80
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - zweiflächig	180,10
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - dreiflächig	193,50
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - mehrflächig	200,10
Keramikkrone/Presskeramikkrone/Glaskeramikkrone	173,40
Keramikteilinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikonlay	197,40
Keramikverblendschale/Keramikveneer	197,40
Keramikverblendung	101,80
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	23,20
Konfektionsgeschiebe	114,70
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	10,70
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvanokrone	97,40
Kronen- oder Brückengliedreparatur	45,40
Kunststoffinlay/Kunststoffonlay	66,70
Kunststoffkrone	85,40
Kunststoffverblendung	73,40
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	29,30
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahnes, Basisteil aus Kunststoff	10,70
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	13,30
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	20,10
Lötfreie Verbindung	12,10
Lötung	18,70
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat	10,70
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	82,80
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	42,70
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	39,10
Metallbiss - Oberkiefer, Unterkiefer	129,50
Miniplastschiene	80,00
Modell	16,00
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	4,10
Modell untersockeln	9,40
Modell vermessen	7,30
Modellimplantat repositionieren	11,40
Modellmontage in Artikulator	17,40
Modellpaar sockeln, dreidimensional	44,10
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	21,30
Montage eines Gegenkiefermodells	10,70
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	110,80
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	53,40
Radieren nach System	6,70
Registrierhilfen/Registrat	22,70
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	68,10
Remontage-Modell	33,40
Reponieren eines Stumpfes	5,10
Riegel	228,20



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Rillen-Schulter-Geschiebe	159,50
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,70
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	53,40
Schubverteilungsarm	100,10
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	29,30
Selektives Einschleifen	41,40
SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,30
Silikonschlüssel	4,60
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	56,00
Spezialmodell	44,10
Split-Cast Sockel an Modell	20,10
Steg, Grundeinheit	50,70
Steg, Längeneinheit	10,70
Steggeschiebe	156,70
Stiftaufbau (gegossen)	52,10
Stumpf einschl. aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	22,90
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	77,10
Stumpfmodell/Sägmodell	17,40
Teleskopkrone/Konuskrone	272,50
Übertragen einer Wachsaufrichtung auf Metallbasis	5,30
Übertragungskappe	45,40
Umlaufende Fräsung	14,70
Umstellen je Zahneinheit	7,90
Unterfütterbarer Abschlussrand	16,00
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Vorschraubung/Verbolzung	60,10
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	40,00
Wurzelstift gegossen	45,40
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	6,70
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	8,70
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	26,70
Zahnfleisch je Zahneinheit	56,00
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	24,00
Zahnkranz ausgießen	13,30
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	33,40
Zweiarmige Klammer/Bonwillklammer/Bonyhardklammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurfklammer	26,70
Zweistumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,70

Kieferorthopädie

Adamsklammer	18,40
Aufbisskappe aus Kunststoff, je Zahn	33,40
Aufbisskappe aus Metall, je Zahn	64,00
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	73,40



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Band auf Modell aufpassen, je Band	20,10
Basis für Einzelkiefergerät	86,80
Basis für FKO (Funktions-Kiefer-Orthopädisches) Gerät	153,50
Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	64,00
Basis für Schiefe Ebene aus Metall	104,10
Coffin-Feder	40,00
Doppelbogenklammer	21,30
Doppelplatten-Führungssporn	46,70
Dorn	13,30
Dreiecksklammer	13,30
Druckfeder, Zugfeder	20,10
Facebow anpassen	17,40
Feder	20,10
FKO Gerät, voreinschleifen	26,70
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	21,30
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	50,70
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,70
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	40,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis	40,00
Häkchen	13,30
Haltesporn	13,30
Headgear individuell, je Kiefer	73,40
Interokklusal-Stop	13,30
KFO Platte, voreinschleifen	10,70
Kinnkappe mit Retentionsshaken	100,10
Kunststoffschild	37,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	41,40
Lingualbogen, je Kiefer	40,00
Lingualer Frontalbogen	26,70
Lückenhalter	24,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	13,30
Palatinalbogen	50,70
Pelotte, je Kieferhälfte	37,40
Positioner	186,90
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,70
Retentionsschiene	87,90
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	33,40
Schraube einarbeiten	42,70
Spezialschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrische Bewegung)	34,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	42,70
Spike	9,40
Sporn aktiv, Rücklauf-, Führungs-Sporn	13,80
Stop	18,70
Trennen einer Basis	20,10
U-Bügel, Federbügel	46,70



Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	18,70
Vorbiss oder Rückbiss	24,00
Vorhofplatte	133,40
Zugfeder	20,10
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	29,30

*zusätzlich der jeweils gültigen MWSt.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich MWSt. erstattungsfähig. Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.



Anhang

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

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

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

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

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

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

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

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

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

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

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

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