

Tarif CEK-PLUS

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEK-PLUS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 1.1.2009

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

Soweit in diesem Tarif auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird, sind die auf den bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechneten Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anzuerkennen, so dass diese als Vorleistung der GKV gilt.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen für:

1. Naturheilverfahren

- a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchstleistungsbeträgen zu 100%. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.
- b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 3) – werden bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Ärztliche und zahnärztliche Behandlung („Praxisgebühr“)

Die nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers werden mit 100 % bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

3. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

5. Hilfsmittel

Die nach § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Hilfsmitteln (außer Sehhilfen) werden mit 100 % erstattet.

6. Brillen/Kontaktlinsen

- a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 150,- Euro erstattet.
- b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 200,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

7. Rehabilitationsmaßnahmen/Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Die nach § 40 Abs. 5 und 6 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und die nach § 41 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) vorgesehene Zuzahlung je Tag einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme werden mit 100 % erstattet.

8. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

9. Vorsorgeuntersuchungen

Die Kosten für medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die in dem anhängenden Verzeichnis aufgeführt sind, sind zu 80 % erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

- a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.
- b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.
- c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2009 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;
- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen.
Anstelle des Kostenersatzes für die vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.
Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist.
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherter Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.
- Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2009 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.
- Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2009 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2009).
3. Keine Leistungspflicht besteht
- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
 - für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
 - für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
 - für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
 - für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.
5. Umrechnung ausländischer Währung
- Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2009

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die gemäß Abschnitt B I 9 erstattungsfähig sind:

- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Früherkennungs-Untersuchung U7a im 30. bis 40. Lebensmonat
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 16. Lebensjahr
- Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit
 1. Anamnese
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
 2. Klinische Untersuchung
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)
ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
- Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie („Audio-Check“)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht

Anhang zu dem Tarif CEK-PLUS

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

§ 28 Absatz 4 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.

§ 31 Absatz 3 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

§ 32 Absatz 2 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten.

§ 33 Absatz 2 Satz 5

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 39 Absatz 2

Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 39 Absatz 4

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 40 Absatz 5

Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 40 Absatz 6

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 41 Absatz 3

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 60 Absatz 2

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 95

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).
 - (2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag
 1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
 2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.
- (2a) Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt ist ferner, daß der Antragsteller auf Grund des bis zum 18. Juni 1993 geltenden Rechts darauf vertrauen konnte, zukünftig eine Zulassung zu erhalten. Dies gilt nicht für einen Antrag auf Zulassung in einem Gebiet, für das der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Unterversorgung festgestellt hat.

- (3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.
- (4) Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.
- (5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.
- (6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.
- (7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. War der Vertragsarzt
1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und
 2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist.
- Satz 4 Nr. 2 gilt für Psychotherapeuten mit der Maßgabe, daß sie vor dem 1. Januar 1999 an der ambulanten Versorgung der Versicherten mitgewirkt haben. Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. Die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum endet am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden; Sätze 8 und 9 gelten entsprechend; in den Fällen des § 103 Abs. 4a Satz 1 gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. Die Zulassung endet spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8.
- (8) (weggefallen)
- (9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend.
- (9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.
- (10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
 2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
 3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.
- Der Zulassungsausschuß hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.
- (11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a -, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
 2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
 3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuß hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, daß die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuß auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.

- (11a) Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.
- (11b) Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.
- (12) Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.
- (13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muß mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.