

Tarif NLT

für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013
für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1-18

Leistungsrahmen

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

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

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Behandlung

- (1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag - Ärzte / Ersatzkassen bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind.
- (2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Folgenden genannten Höchstsätzen zu 100 Prozent ersetzt:
 - a) 1,16-facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
 - b) 1,38-facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
 - c) 1,8-facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.
- (3) Soweit die Vergütungen für die ärztliche Behandlung gemäß Absatz 1 durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Anhang zu den AVB/NLT 2013) zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt sind, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Arznei- und Verbandmittel

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

Stehen für das verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn, die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist rechtzeitig lieferbar.
- (2) Als Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.
- (3) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige und von Verordnungseinschränkungen betroffene Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (4) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom GKV-Spitzenverband festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.
- (5) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom GKV-Spitzenverband festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge,

bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

- (6) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte, verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.
- (7) Aufwendungen für Harn- und Blutzuckerteststreifen für an Diabetes erkrankte Versicherte, die mit Insulin behandelt werden und die von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke bezogen wurden, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet ist, zuzüglich des durchschnittlichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig. Für Harn- und Blutzuckerteststreifen für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, gelten die Verordnungseinschränkungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

3. Heilmittel für Kinder und Jugendliche

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden würde, wenn die Behandlung bereits vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und ein maßgeblicher Teil der Behandlung bereits erfolgt ist. Die Heilmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden.
- (2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und ist vor Fortsetzung der Therapie eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen. Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.
- (3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.
- (4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt auf der Grundlage der Preisvereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. Der Aufwendungsersatz beträgt 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

4. Hilfsmittel

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

5. Ambulante Anschlussheilbehandlung

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für im Anschluss an eine aus Gründen eines medizinischen Notfalles medizinisch notwendige akute Krankenhausbehandlung erforderliche ambulante Anschlussheilbehandlung einschließlich Heilmitteln, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder zu ermöglichen, dass die anschließende ambulante ärztliche Behandlung ausreicht.
- (2) Der Anspruch auf ambulante Anschlussheilbehandlung ist ausgeschlossen, soweit ein anderer Kostenträger einstandspflichtig ist.
- (3) Die Anschlussheilbehandlung muss in Einrichtungen erfolgen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen haben. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
- (4) Der Anspruch auf ambulante Anschlussheilbehandlung ist begrenzt auf das medizinisch zwingend gebotene Maß und auf eine Behandlungsdauer von drei Wochen, es sei denn, der Versicherer hat die Kostenübernahme für einen längeren Zeitraum schriftlich zugesagt.

B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

1. Schwangerschaft und Mutterschaft

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

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

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte bis zur Höhe nach A. Nr. 1 Abs. 3 Tarif NLT, Abs. 4 gilt entsprechend. Für Leistungen durch Hebammen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten aufzuwenden wäre.

2. Schwangerschaftsabbruch

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 bis 3

des Strafgesetzbuches (medizinische und kriminologische Indikation) durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen.

C. Zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche

1. Zahnärztliche Behandlung

- (1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassen sind, soweit die Aufwendungen im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind.
- (2) Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung mit Zahnersatz (auch Einzelkronen, Implantate), Einlagefüllungen (Inlays), mehrschichtige Kompositfüllungen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie für kieferorthopädische Behandlung.
- (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zum 2,0-fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, werden die Vergütungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A. Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen ersetzt.
- (4) Werden die Gebührensätze gemäß Absatz 3 durch Verträge gemäß § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Anhang zu den AVB/NLT 2013) zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, wenn diese unaufschiebbar ist, die Behandlung fortlaufend erfolgt und sofern ein maßgeblicher Teil der Behandlung bereits vor der Versicherung im Notlagentarif erfolgt ist.
- (2) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für
 - a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind, und
 - b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind,für eine kieferorthopädische Versorgung in den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch begründeten Indikationsgruppen (KIG), bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (3) Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen, die vor Umstellung in den Notlagentarif begonnen wurden, wenn diese zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns nach dem Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs (KIG) nicht erstattungsfähig gewesen wären.
- (4) Leistungen kann nur eine versicherte Person beanspruchen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- (5) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0-fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 4 gilt entsprechend.
- (6) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die Höchstpreise nach Satz 1 um 5 Prozent.
- (7) Der Aufwendungsersatz beträgt 80 Prozent für erstattungsfähige Aufwendungen gemäß Absatz 5 und Absatz 6.
- (8) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Fortsetzung der Behandlung im Notlagentarif einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der insbesondere umfassende Angaben zum Befund und zur geplanten Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im nächstgelegenen, für die Behandlung geeigneten Krankenhaus gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, das
 - a) nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt ist,
 - b) in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus) oder
 - c) einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat.

} (zugelassene Krankenhäuser)

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

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

2. Stationäre Anschlussheilbehandlung

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für im Anschluss an eine aus Gründen eines medizinischen Notfalles medizinisch notwendige akute Krankenhausbehandlung erforderliche stationäre Anschlussheilbehandlung, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist. Die ambulante Anschlussheilbehandlung hat stets Vorrang vor der stationären Anschlussheilbehandlung, sofern der Gesundheitszustand des Versicherten die ambulante Anschlussheilbehandlung zulässt.
- (2) Der Anspruch auf stationäre Anschlussheilbehandlung ist ausgeschlossen, soweit ein anderer Kostenträger einstandspflichtig ist.
- (3) Die Anschlussheilbehandlung muss in Einrichtungen erfolgen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam abgeschlossen haben. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person aufzuwenden wäre, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
- (4) Der Anspruch auf stationäre Anschlussheilbehandlung ist begrenzt auf das medizinisch zwingend gebotene Maß und auf eine Behandlungsdauer von drei Wochen, es sei denn, der Versicherer hat die Kostenübernahme für einen längeren Zeitraum schriftlich zugesagt.

E. Fahrkosten

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.
- (2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen, wenn der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

F. Auslandsbehandlung

- (1) Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes sind erstattungsfähig die Aufwendungen durch Leistungserbringer im Sinne von § 4 Abs. 2 AVB/NLT 2013, die aufgrund einer EG-Richtlinie approbiert oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung zugelassen sind.
- (2) Für stationäre Heilbehandlungen in einem der in Absatz 1 Satz 1 genannten Staaten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit der Versicherer eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
- (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.

G. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Kinder und Jugendliche

Erstattungsfähig sind für Kinder und Jugendliche die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (Anhang zu den AVB/NLT 2013) empfiehlt.

H. Stationäre Hospizleistung

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

I. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Anspruchsberechtigt ist eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.
- (2) Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.
- (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
 - a) bei Ärzten bis zu den in A. Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Vergütungssätzen,
 - b) bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.