Tarif SELECT

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif SELECT

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen Stand: 01.11.2026

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.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für bis zu sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Muss der Aufenthalt wegen
- Naturkatastrophen, Wetterextremen bzw. Infrastrukturausfällen oder
- behördlicher Anordnungen, die die versicherte Person ohne eigenes Verschulden an der Ausreise hindern (z. B. Quarantänemaßnahmen)

über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem der versicherten Person die Rückreise aus den vorgenannten Gründen nicht möglich ist.

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i.V.m. Buchstabe a) sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern die in Rechnung gestellten Kosten dort ortsüblich sind.

Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen bzw. -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

7e.10130/10.26

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen der nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten oder in die Schweiz (vgl. Satz 1) verlangen, das Versicherungsverhältnis in diesem Staat im Rahmen einer besonderen Vereinbarung mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die in Rechnung gestellten Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind. Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt. Der Versicherer wird im Rahmen dieser Vereinbarung einen zum Beantragungszeitpunkt angemessenen Beitragszuschlag erheben und ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen.

Bis zum Ablauf der Befristung kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person die Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes beantragen, sofern sich die versicherte Person weiterhin in einem nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staat oder der Schweiz aufhält. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Antrages und schließt mit dem Versicherungsnehmer eine erneute Vereinbarung, bei der sich der Beitragszuschlag ändern kann, zu den vorgenannten Bedingungen ab. Stellt der Versicherungsnehmer keinen Verlängerungsantrag für die versicherte Person, endet die Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes und das Versicherungsverhältnis setzt sich nach Maßgabe von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 fort.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück in die Bundesrepublik Deutschland endet die getroffene Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes einschließlich des zuvor vereinbarten Beitragszuschlages.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten 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.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können

- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie
- Heilmittel (z. B. Ergotherapie) von approbierten Psychotherapeuten im Rahmen ihres therapeutischen Fachgebietes

verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind.

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

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen, psychosomatischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Die Kosten von psychiatrischen sowie geriatrischen Institutsambulanzen sind ferner bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 118 SGB V bzw. § 118 a SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können

- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie
- Heilmittel (z. B. Ergotherapie) von approbierten Psychotherapeuten im Rahmen ihres therapeutischen Fachgebietes

verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen, psychosomatischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz, Hochschulambulanz oder Bereitschaftspraxis sowie psychiatrischen, psychosomatischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (Entwöhnung) nach den Abschnitten B I 1 und B I 4 sowie Abschnitt B III 1 erstattet.

Die Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (Entwöhnung) eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn

- keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen,
- die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird und
- es sich nicht um eine Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit handelt.

Maßnahmen für medizinisch notwendige akutstationär durchgeführte Entgiftungen sind von den vorgenannten Bestimmungen nicht umfasst. Die Kosten für medizinisch notwendige akutstationär durchgeführte Entgiftungen werden nach Abschnitt B III erstattet.

---

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 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 nach "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.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

– Kinder sind Personen bis einschließlich Alter 15
– Jugendliche sind Personen von Alter 16 bis einschließlich Alter 20
– Erwachsene sind Personen ab Alter 21

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Tarifstufen

Die Versicherung kann nach folgenden Tarifstufen mit der wie folgt dargestellten Begrenzung der Summe der Selbstbeteiligungen nach Abschnitt B VIII 1 vereinbart werden – die Summe gilt je versicherte Person und Kalenderjahr:

Tarifstufe	**SELECT 1**	**SELECT 2**	**SELECT 3**
Erwachsene	300,– Euro	600,– Euro	1.000,– Euro
Kinder und Jugendliche	150,– Euro	300,– Euro	500,– Euro

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag 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.

6. Neugeborenennachversicherung

Für die Neugeborenennachversicherung nach § 2 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009 wird unter anderem vorausgesetzt, dass ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist. Ist der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif mindestens einen Monat vor Versicherungsbeginn zustande gekommen, beginnt die Dreimonatsfrist abweichend von § 2 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009 bereits mit dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten und ohne Risikozuschläge unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Neugeborene eine andere Tarifstufe nach diesem Tarif gewählt wird als die des versicherten Elternteils (vgl. Nr. 4).

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

7. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

8. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel, Sehhilfen, Impfstoffe für Schutzimpfungen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

9. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen der ambulanten Heilbehandlung.

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

Hierzu zählen auch die Kosten für Video-Beratungen und Video-Untersuchungen (Telemedizin).

2. Ambulante Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit

- eine vorherige Akutbehandlung im Krankenhaus stattgefunden hat,
- die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als vier Wochen liegen.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind und kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Rehabilitationsträger, wie die Rentenversicherung oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

3. Rehabilitationssport in Gruppen und Funktionstraining

Erstattungsfähig sind die Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining, soweit

- eine ärztliche Verordnung auf dem vom Versicherer vorgesehenen Vordruck vorliegt,
- eine Behinderung besteht oder droht, die durch ein regelmäßiges Training in der angebotenen Art positiv beeinflusst werden kann,
- das Kursangebot nach den Kriterien der bundesweit gültigen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining zertifiziert und anerkannt ist und
- die Durchführung in einer Gruppe mit qualifizierten Übungsleitern erfolgt.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn des ambulanten Rehabilitationssports oder des Funktionstrainings eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind und kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Rehabilitationsträger, wie die Rentenversicherung oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Erstattet werden die Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen bis zu den in den mit den deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen bundesweit gültigen Rahmenvereinbarungen genannten Kostensätzen und in dem in der Rahmenvereinbarung jeweils für Rehabilitationssport und Funktionstraining genannten Umfang hinsichtlich der Anzahl und dem Zeitraum der Übungs- bzw. Trainingseinheiten.

4. Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, neuropsychologische Therapie und Systemische Therapie.

Hierzu zählen auch die Kosten für Video-Beratungen und Video-Untersuchungen (Telemedizin).

Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 80 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr sind 100 % der Kosten erstattungsfähig.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

a) von approbierten Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder

b) von approbierten Psychotherapeuten – in eigener Praxis, in Gemeinschaftspraxen, bzw. in Einrichtungen nach Abschnitt A 1 d und Abschnitt A 1 e – durchgeführt werden. Die Behandlung ist auch erstattungsfähig, wenn sie durch einen angestellten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

5. Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie, wenn

– die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und
– durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist und
– die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt oder approbierten Psychotherapeuten verordnet ist und
– die Soziotherapie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird.

Die Kosten für Soziotherapie sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

6. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

Dies schließt auch Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger für Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik mit ein.

Ferner schließt dies bei ambulanter Entbindung in einem von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Geburtshaus auch die Kosten in Form einer anfallenden Betriebskostenpauschale für Behandlung und Unterbringung im Geburtshaus mit ein.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

7. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Zu Heilpraktikerleistungen gehören auch Chiropraktik und Osteopathie.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstbeträgen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.

8. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

a) Behandlungspflege

Als Behandlungspflege gelten medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit ausgerichtet sind.

Die Kosten für Behandlungspflege sind erstattungsfähig, wenn

- eine stationäre Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder durch die Behandlungspflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege).

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Behandlungspflege setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- die Behandlungspflege ärztlich verordnet ist und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

b) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Als Grundpflege gelten Grundverrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Ernährung, Körperpflege). Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (z. B. Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung).

Die Kosten für Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung sind für die Dauer von bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, jedoch insgesamt nicht mehr als vier Wochen je Kalenderjahr, erstattungsfähig, wenn

- die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Krankenhausvermeidungspflege zusammen mit Behandlungspflege ärztlich verordnet sind oder
- sich die versicherte Person wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, vorübergehend nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann (Unterstützungspflege); die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen als Unterstützungspflege ärztlich verordnet sein.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung setzt zusätzlich voraus, dass

– keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
– keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht und
– die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

Die Kosten für hauswirtschaftliche Versorgung sind nur erstattungsfähig, wenn gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist.

Die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der häuslichen Krankenpflege eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

9. Außerklinische Intensivpflege

Erstattungsfähig sind die Kosten einer außerklinischen Intensivpflege nach § 37 c Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vorliegt und die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachperson zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachperson erforderlich ist.

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten setzt voraus, dass

– die außerklinische Intensivpflege ärztlich verordnet wurde und
– die Leistungen durch geeignete Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

Leistungen für pflegerische Maßnahmen, für die die soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung zuständig ist, werden angerechnet.

Die Kosten für außerklinische Intensivpflege sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen seines Vertrages nach § 132 l Abs. 5 SGB V (siehe Anhang)* vereinbart hat.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der außerklinischen Intensivpflege eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

10. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird, und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

11. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Bluttestreifen.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

12. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger).

Als Heilmittel gelten auch durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

13. Hilfsmittel

a) Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel einschließlich Anpassung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch Medikamentenpumpen, Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik (einschließlich Austausch der Sensoren) sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme für Heimdialyse).

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Aufwendungen für apparative Hörgeräte einschließlich dazugehörender Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis zu 1.500,– Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen).

b) Kostenvoranschlag

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,– Euro, ist vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen. Dies gilt nicht für apparative Hörgeräte nach Buchstabe a).

Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung bezogen, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

Der Versicherer kann für den Bezug von Hilfsmitteln auf Kooperationspartner hinweisen und bei der Beschaffung der Hilfsmittel unterstützen.

c) Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- sanitäre oder medizinisch-technische Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Wärmelampen, Pulsmessgeräte, Massagegeräte oder Anti-Allergie-Bettwäsche),
- Geräte, die dem Fitness-, Wellness- oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

14. Sehhilfen

Erstattet werden die Kosten für Sehhilfen bis zu 300,– Euro je Leistungsperiode. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen.

Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Folgebezüge können auch ohne ärztliche Verordnung sowie auch ohne Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in Anspruch genommen werden.

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

15. Refraktive Chirurgie

Erstattet werden die Kosten für refraktive Chirurgie bis zu 2.000,– Euro je Auge und je Leistungsperiode.

Als refraktive Chirurgie gelten augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen.

Jede Leistungsperiode umfasst fünf aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Die Leistung für Sehhilfen wird von der Inanspruchnahme augenchirurgischer Maßnahmen nicht beeinflusst.

16. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich der Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO)

– als Standardimpfung,
– als Indikationsimpfung,
– als Reiseschutzimpfung oder
– aus beruflichen Gründen

empfohlen werden.

Darüber hinaus werden die Kosten für die passive Immunisierung zum Schutz vor dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV-Prophylaxe) sowie für die Malaria-Prophylaxe erstattet.

Bei den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Indikations-Schutzimpfungen verzichtet der Versicherer auf die Prüfung der Indikation. Die von der STIKO empfohlenen Altersbegrenzungen sind jedoch einzuhalten.

17. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

Die Kosten für darüber hinausgehende ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten durchgeführt werden, werden erstattet, sofern diese medizinisch begründet sind.

Nicht erstattungsfähig sind Pauschalabrechnungen, die nicht nach den Vorschriften der GOÄ berechnet werden.

18. Diagnostik im Rahmen der Schwangerschaft (Pränataldiagnostik)

Erstattet werden die Kosten für Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für pränatale Schnelltests.

19. Sozialpädiatrische Leistungen

Die sozialpädiatrische Behandlung umfasst Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen bzw. einer drohenden oder bereits eingetretenen Behinderung.

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen (sozialpädiatrische Leistungen) in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V (siehe Anhang)*, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die versicherte Person aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten Ärzten oder entsprechenden Leistungserbringern ambulant behandelt werden kann und
- die sozialpädiatrischen Leistungen ärztlich verordnet sind.

Die Kosten für sozialpädiatrische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die die jeweilige Einrichtung mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart hat.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

20. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Die sozialmedizinische Nachsorge umfasst Maßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um einen stationären Aufenthalt zu verkürzen bzw. eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Erstattungsfähig sind sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung nach Abschnitt B III 1 oder stationäre Anschlussrehabilitation nach Abschnitt B III 2 erbracht werden und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen ärztlich verordnet sind und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt werden.

Die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch einen approbierten Arzt durchgeführt werden, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von zwölf Wochen erstattet.

21. Medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten

Erstattet werden die Kosten für ärztliche Leistungen der Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) nach der jeweils gültigen amtlichen GOÄ.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

22. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

– es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
– diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
– diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
– diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

23. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Leistungen und für Arznei- und Verbandmittel für maximal

– acht Versuche der Insemination im Spontanzyklus,
– drei Versuche der Insemination nach hormoneller Stimulation und
– drei Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder drei Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschließlich der dabei erforderlichen IVF (IVF / ICSI).

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn

– die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist,
– bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und
– eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht.

Sofern die künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft im Ausland durchgeführt werden soll, wird die schriftliche Zusage ferner dann erteilt, wenn die Behandlung nach deutschem Recht zulässig ist. Die Kosten sind dabei auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bei Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen wären.

Die Behandlungskosten des Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Die in Satz 1 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

24. Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine einmalige Kryokonservierung einschließlich der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen (z. B. Vorbereitung, Transport, Einfrieren und Lagerung), wenn diese

– als Bestandteil einer Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Nr. 23 oder Abschnitt B III 6 oder
– vor einer medizinisch notwendigen keimzellschädigenden Therapie erfolgt.

Die Kosten der Lagerung werden für eine maximale Dauer von 10 Jahren erstattet.

25. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Erstattungsfähig sind die Kosten eines nach deutschem Recht nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruches durch einen Arzt, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetzes (siehe Anhang)* vorgenommen wird.

Erstattet werden ferner die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation.

26. Krankentransporte und Fahrten

Erstattet werden die Kosten für die nachfolgenden Krankentransporte und Fahrten:

– unfallbedingt notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus oder zu einer sonstigen ambulanten Einrichtung zur Notfallversorgung;
– sonstige notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus. Ein Transport im Umkreis von 100 km gilt stets als nächstgelegen;
– ärztlich verordnete Fahrten zur und von der ambulanten Operation in die nächstgelegene, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung;
– ärztlich verordnete Fahrten bei ambulanter oder stationärer Anschlussrehabilitation oder ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation zu und / oder von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Rehabilitationseinrichtung;
– ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie und ambulanten Apheresebehandlung in die nächstgelegene, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung;
– ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine ärztlich bescheinigte Gehunfähigkeit (anhaltende Beeinträchtigung der Mobilität) und / oder Sehunfähigkeit (anhaltende Beeinträchtigung des Sehvermögens) bzw. Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Ärztlich verordnete Fahrten (Hin- und / oder Rückfahrt) im Umkreis von 50 km – gerechnet ab dem Wohnort der versicherten Person – gelten stets als nächstgelegen.

Bei Nutzung eines privaten Fahrzeuges wird eine Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer für den verkehrsüblichen Weg gezahlt.

Erstattet werden ferner die Kosten für den Einsatz von Notarztfahrten (z. B. Notarzteinsatzfahrzeug).

*siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – mit 80 %. Für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben, werden 100 % erstattet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %;
- besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang der zuvor genannten Leistungen mit 100 %;
- Heil- und Kostenpläne mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten drei Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,– Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,– Euro

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000,– Euro betragen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die über 2.000,– Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes nach Nr. 1 erstattet.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate, augmentative Behandlungen und schmerzlindernde Maßnahmen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen:

a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Overlays, Veneers**,** Lumineers und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten inkl. Verblendungen.

c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.

d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

e) Orale Implantate umfassen die Kosten für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.

f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

g) Besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen umfassen die Kosten für Aufwendungen zur Schmerzausschaltung und Linderung der Angstzustände, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Leistung nach den vorgenannten Buchstaben a) bis f) entstehen. Dazu zählen

- Analgo-Sedierung,
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes; dies umfasst auch die Kosten für die Behandlung im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses (Hybrid-DRG).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Erstattet werden hierfür bis zu 200 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes, die ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit Versorgungsauftrag in Wohnsitznähe nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz verlangt hätte.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Höchstsätzen erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert oder
- es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt.

2. Stationäre Anschlussrehabilitation

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- eine vorherige Akutbehandlung im Krankenhaus stattgefunden hat,
- die stationäre Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird,
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen; die Frist von zwei Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen oder mangels Verfügbarkeit einer nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung verlängert werden.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der stationären Anschlussrehabilitation eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind und kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Rehabilitationsträger, wie die Rentenversicherung oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung der Personengruppe der Kinder (vgl. Abschnitt A 3) angehört, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden maximal für die in Abschnitt B I 23 genannte Anzahl der aufgeführten Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen erstattet.

Die in Abschnitt B I 23 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Erstattungsfähig sind die Kosten eines nach deutschem Recht nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruches durch einen Arzt, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetzes (siehe Anhang)* vorgenommen wird.

Erstattet werden ferner die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1 für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation.

8. Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für die Aufwendungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn

- die versicherte Person im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch benötigt, die nicht oder nur mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden könnten und
- die Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem zuvor die versicherte Person behandelt wurde, oder in einer geeigneten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erfolgt.

Die Übergangspflege umfasst:

- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die Aktivierung des Patienten,
- die Grund- und Behandlungspflege,
- ein Entlass-Management,
- die Unterkunft und Verpflegung sowie
- ärztliche Leistungen.

Erstattet werden die Kosten der Übergangspflege bis zu der in § 39e Abs. 1 SGB V (siehe Anhang)* genannten Leistungsdauer und der sich nach § 132 m SGB V (siehe Anhang)* ergebenden Leistungshöhe.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege), wenn

– Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Abschnitt B I 8 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen und
– keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.

Die stationäre Kurzzeitpflege ist in zugelassenen Einrichtungen nach § 132 h SGB V (siehe Anhang)* oder in anderen von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Einrichtungen zu erbringen.

Erstattet werden die Kosten der stationären Kurzzeitpflege bis zu der in § 39 c Satz 2 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang)* genannten Leistungsdauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und der sich nach § 42 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)* ergebenden Leistungshöhe.

10. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden, wenn

– die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
– eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern und Jugendlichen auch Jahren – zu erwarten ist und
– die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
– eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person oder eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann und
– die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz ärztlich verordnet ist.

Die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

11. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für die nachfolgenden Krankentransporte:

– unfallbedingt notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus oder zu einer sonstigen stationären Einrichtung zur Notfallversorgung;
– sonstige notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus. Ein Transport im Umkreis von 100 km gilt stets als nächstgelegen.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

12. Krankenhausverlegungen

a) Medizinisch notwendige Krankenhausverlegungen

Erstattet werden die Transportkosten innerhalb Deutschlands für eine medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

b) Wunschverlegungen

Erstattungsfähig sind einmalig je Versicherungsfall die Transportkosten innerhalb Deutschlands für eine Wunschverlegung mit einem Landfahrzeug in ein anderes Krankenhaus, wenn der behandelnde Arzt bestätigt, dass die Verlegung medizinisch vertretbar ist und sich nach der Verlegung eine vollstationäre Behandlung mit einer Dauer von voraussichtlich mindestens sieben Tagen unmittelbar anschließt.

Die Erstattung wird auf das jeweils kostengünstigste Landfahrzeug begrenzt, das der medizinischen Notwendigkeit entspricht. Bei Nutzung eines privaten Fahrzeuges wird eine Pauschale von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer für den verkehrsüblichen Weg der Verlegungsfahrt zwischen den Krankenhäusern gezahlt.

IV. Medizinische Rehabilitation

Erstattungsfähig sind die Kosten von Rehabilitationseinrichtungen für ärztlich verordnete ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationen, die nicht unter die Abschnitte B I 2 oder B III 2 fallen, und

– nicht länger als drei Wochen andauern – in medizinisch begründeten Einzelfällen ist eine Zusage auch über einen längeren Zeitraum oder eine Verlängerung einer bereits zugesagten Maßnahme möglich – und
– wenn die Maßnahme notwendig ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der medizinischen Rehabilitation bzw. der Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind und kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Rehabilitationsträger, wie die Rentenversicherung oder Unfallversicherung) leistungspflichtig ist.

Bei einer stationären medizinischen Rehabilitation sind auch die Kosten für die Unterkunft sowie die Verpflegung erstattungsfähig. Ausgenommen hiervon sind jedoch Wahlleistungen für gesondert berechnungsfähige Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie gesondert berechnungsfähige privatärztliche Leistungen.

Stationäre medizinische Rehabilitationen werden nur erstattet, wenn Leistungen einer ambulanten medizinischen Rehabilitation nicht ausreichend sind.

Erstattet werden bis zu 150 % der Kosten, die die deutsche gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitationseinrichtung für die entsprechende Rehabilitationsmaßnahme in der Regel akzeptiert. Verfügt die Rehabilitationseinrichtung über keinen Vertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, werden bis zu 150 % der Kosten der vom Wohnsitz der versicherten Person aus nächstgelegenen geeigneten Rehabilitationseinrichtung, die über einen solchen Vertrag verfügt, zugrunde gelegt.

Ein erneuter Anspruch auf Kostenerstattung für eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation besteht frühestens nach Ablauf von drei Jahren nach Beendigung der zuletzt in Anspruch genommenen ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation.

Leistungen für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren (Entwöhnung) werden im Rahmen der Bestimmungen nach Abschnitt A 1 h und nicht nach diesem Abschnitt erstattet.

V. Tagegeld bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen (medizinische Vorsorgekuren)

Gezahlt wird ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro je Tag einer ärztlich verordneten und nachweislich durchgeführten ambulanten oder stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlung (medizinische Vorsorgekuren im Sinne von § 23 SGB V – siehe Anhang*), für die Dauer von maximal 28 Tagen, wenn

- ambulante medizinische Maßnahmen am Wohnort (ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) nach ärztlicher Einschätzung nicht ausreichen, um
  - eine Erkrankung zu verhüten, deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder
  - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
  - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- eine ärztliche Verordnung vorliegt,
- die Durchführung der medizinischen Vorsorgekur in einem anerkannten Kurort bzw. einer geeigneten Einrichtung erfolgt,
- die versicherte Person sich zu Beginn der Kur am Kurort in die Behandlung eines Arztes begibt,
- vom Arzt zu Beginn der medizinischen Vorsorgekur ein Kurplan für die versicherte Person erstellt wird und
- mindestens drei Arztkontakte während der medizinischen Vorsorgekur stattfinden.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung eine Zusage in Textform erteilt hat. Die Zusage wird erteilt, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Ein erneuter Anspruch auf ein Tagegeld besteht frühestens nach Ablauf von drei Jahren nach Beendigung der zuletzt in Anspruch genommenen ambulanten oder stationären medizinische Vorsorgekur.

Für Mutter-/Vater-Kind-Kuren im Sinne von § 24 SGB V (siehe Anhang)* besteht kein Anspruch auf ein Tagegeld nach diesem Abschnitt.

VI. Bergungskosten

Erstattet werden die Kosten für die Bergung einer versicherten Person bis zu 3.000,- Euro. Die Bergung muss wegen Krankheit, Unfall oder Tod einer versicherten Person erfolgen.

---

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

VII. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Erstattet werden die Kosten für den Rücktransport und die Überführung aus dem Ausland.

1. Rücktransport aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten versicherten Person aus dem Ausland an deren gewöhnlichen Aufenthaltsort oder in das von dort erreichbare nächstgelegene und nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:

– der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und wird vom Versicherer organisiert oder vorab zugesagt. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland;
– die Dauer der Krankenhausbehandlung übersteigt nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage und der Rücktransport wird vom Versicherer organisiert.

Der beratende Arzt des Versicherers entscheidet über den Transportzeitpunkt sowie das geeignete Transportmittel.

Ebenfalls übernommen werden die Kosten für die Begleitung durch medizinisches Fachpersonal, sofern diese medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wird. Die Beurteilung einer medizinisch sinnvollen und vertretbaren Begleitung obliegt ebenfalls dem beratenden Arzt des Versicherers.

Bei minderjährigen versicherten Personen übernimmt der Versicherer darüber hinaus die Rücktransportkosten für einen Erziehungsberechtigten als Begleitperson. Der Versicherer organisiert den Rücktransport der Begleitperson nach Möglichkeit in demselben Transportmittel der minderjährigen Person. Ein Anspruch auf dasselbe Transportmittel besteht jedoch nicht.

2. Überführung aus dem Ausland

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen zuvor gewöhnlichen Aufenthalt die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

VIII. Selbstbeteiligung

1. Selbstbeteiligung je tarifliche Leistung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen nach Abschnitt B I und zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B II. Von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen. Die jeweilige Selbstbeteiligung beträgt für

a) **ärztliche Leistungen** nach Abschnitt B I 1, B I 16 (Schutzimpfung – vgl. jedoch nachstehend Nr. 3), B I 17 (Vorsorgeuntersuchungen – vgl. jedoch nachstehend Nr. 3), B I 18 (Diagnostik im Rahmen der Schwangerschaft (Pränataldiagnostik)), B I 23 (künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft), B I 24 (Kryokonservierung) und B I 25 (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation):
30,– Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen, Ausstellung von Rezepten, Messung von Körperzuständen).

b) **Rehabilitationssport in Gruppen und Funktionstraining** nach Abschnitt B I 3:
30,– Euro je Tag mit einer Übungseinheit.

c) **Leistungen für Soziotherapie** nach Abschnitt B I 5:
30,– Euro je Behandlungstag.

d) **Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern** nach Abschnitt B I 6:
30,– Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.

e) **Heilpraktikerleistungen** nach Abschnitt B I 7:
30,– Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.

f) **häusliche Krankenpflege** nach Abschnitt B I 8 bzw. **außerklinische Intensivpflege** nach Abschnitt B I 9:
30,– Euro je Behandlungstag.

g) **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach Abschnitt B I 10:
30,– Euro je Behandlungstag.

h) **Arznei- und Verbandmittel** nach Abschnitt B I 11 (vgl. jedoch nachstehend Nr. 3), B I 23 (künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft), B I 24 (Kryokonservierung) und B I 25 (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) sowie **Impfstoffe** nach Abschnitt B I 16 (Schutzimpfung – vgl. jedoch nachstehend Nr. 3):
30,– Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff.

i) **Heilmittel** nach Abschnitt B I 12:
30,– Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.

j) **Hilfsmittel** nach Abschnitt B I 13 (vgl. jedoch nachstehend Nr. 3):
60,– Euro je Hilfsmittel.

k) **sozialpädiatrische Leistungen** nach Abschnitt B I 19:
30,– Euro je Behandlungstag.

l) **sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen** nach Abschnitt B I 20:
30,– Euro je Tag einer Nachsorgemaßnahme.

m) **medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten** nach Abschnitt B I 21:
30,– Euro je Schulungstag.

n) **digitale Gesundheitsanwendungen** nach Abschnitt B I 22:
30,– Euro je Verordnung.

o) **Krankentransporte** und **Fahrten** nach Abschnitt B I 26:
30,– Euro je Transport / Fahrt. Bei ärztlich verordneten Fahrten nach Abschnitt B I 26 dritter bis sechster Spiegelstrich gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als eine Fahrt.

p) **zahnärztliche Leistungen** nach Abschnitt B II 1 (vgl. jedoch nachstehend Nr. 3):
30,– Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

2. Begrenzung der Selbstbeteiligung

Je versicherte Person und Kalenderjahr ist die Summe der Selbstbeteiligungen nach Nr. 1 wie folgt begrenzt:

Tarifstufe	**SELECT 1**	**SELECT 2**	**SELECT 3**
Erwachsene	300,– Euro	600,– Euro	1.000,– Euro
Kinder und Jugendliche	150,– Euro	300,– Euro	500,– Euro

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Begrenzung der Summe der Selbstbeteiligungen für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses reduziert sich die Begrenzung der Summe der Selbstbeteiligungen nicht.

3. Leistungen ohne Abzug der jeweiligen tariflichen Selbstbeteiligung

Für die nachfolgenden Leistungen nach den Abschnitten B I und B II wird keine tarifliche Selbstbeteiligung nach Nr. 1 abgezogen:

a) Ambulante Anschlussrehabilitationen nach Abschnitt B I 2.

b) Psychotherapie nach Abschnitt B I 4.

c) Arzneimittel nach Abschnitt B I 11, die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.

d) Apparative Hörgeräte nach Abschnitt B I 13 Buchstabe a).

e) Sehhilfen nach Abschnitt B I 14.

f) Refraktive Chirurgie nach Abschnitt B I 15.

g) Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe als Standardimpfungen nach STIKO sowie der RSV-Prophylaxe nach Abschnitt B I 16 in Verbindung mit dem Leistungsverzeichnis „Vorsorge und Schutzimpfung“ des Versicherers (siehe Anhang).

h) Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen nach Abschnitt B I 17 in Verbindung mit dem Leistungsverzeichnis „Vorsorge und Schutzimpfung“ des Versicherers (siehe Anhang)

i) Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B II 1 in Verbindung mit dem Leistungsverzeichnis „Vorsorge und Schutzimpfung“ des Versicherers (siehe Anhang).

j) Zahnärztliche Leistungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate sowie augmentative Behandlungen einschließlich der jeweiligen Material- und Laborkostenkosten nach Abschnitt B II 1.

Darüber hinaus wird für die tariflichen Leistungen nach den Abschnitten B III bis B VII keine tarifliche Selbstbeteiligung abgezogen.

IX. Option auf Wechsel in eine Tarifstufe mit niedrigerer Begrenzung der Selbstbeteiligung nach Abschnitt B VIII 2

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die nach diesem Tarif versicherte Person einen Wechsel in eine Tarifstufe mit einer niedrigeren Begrenzung der Selbstbeteiligung nach Abschnitt B VIII 2 – ohne erneute Risikoprüfung – zu beantragen. Der Wechsel wird zu Beginn des Kalenderjahres wirksam, welches auf die Beantragung folgt. Die Ausübung des Optionsrechtes kann jeweils bis zum 31.12. eines Jahres beantragt werden, letztmalig jedoch in dem Jahr, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.

Dieses Recht kann der Versicherungsnehmer bis zu zweimal je versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit wahrnehmen. Der zweite Wechsel in eine Tarifstufe mit einer niedrigeren Begrenzung der Selbstbeteiligung kann erst erfolgen, wenn seit dem Wirksamwerden der ersten Inanspruchnahme der Option auf einen Wechsel mindestens drei Kalenderjahre vergangen sind.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person 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 Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

2. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in der Bundesrepublik Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen können sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Originalbelege anzufordern. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, elektronisch eingereichte Belege im Original aufzubewahren und dem Versicherer auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von Rehabilitationssport in Gruppen und Funktionstraining ist der erforderliche Vordruck nach Abschnitt B I 3 erster Spiegelstrich einzureichen.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 10 Abs. 1 vierter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

D) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld oder Elternzeit

Der Versicherungsnehmer ist für eine nach diesem Tarif versicherte Person,

– die Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) bezieht oder
– die für die gesamte Dauer einer jeweils zusammenhängenden Elternzeit im Sinne des BEEG keinen Anspruch auf Elterngeld hat,

für maximal sechs Monate, in dem Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen wird, vom Beitrag befreit.

Die Beitragsbefreiung kann je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung sind, dass

– der Versicherungsnehmer die Beitragsbefreiung für die versicherte Person mindestens einen Monat vor Beginn der Elternzeit bzw. vor Beginn des Bezugs von Elterngeld beantragt,
– die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, für das Elterngeld oder Elternzeit beantragt wird, mindestens acht Monate nach diesem Tarif – nicht als Anwartschaftsversicherung – versichert ist,
– die Beitragsraten zu Beginn des Bezugs von Elterngeld oder der Elternzeit vollständig gezahlt worden sind und die versicherte Person zu Beginn des Bezugs von Elterngeld oder der Elternzeit nicht im Notlagentarif versichert ist,
– keine Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person für diesen Tarif besteht und
– der Bezug von Elterngeld innerhalb von drei Monaten nach Bezugsbeginn durch eine Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird oder die Elternzeit spätestens 24 Monate nach Geburt des Kindes beginnt und innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Elternzeit durch eine geeignete Bescheinigung nachgewiesen wird.

Maßgebend ist der jeweils zu zahlende Monatsbeitrag der versicherten Person für diesen Tarif einschließlich etwaiger Zuschläge. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Beginn des Bezugs von Elterngeld oder den Beginn der Elternzeit folgt.

E) Garantierte pauschale Beitragsrückerstattung

1. Voraussetzungen für die garantierte pauschale Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person im Folgejahr eine garantierte pauschale Beitragsrückerstattung, wenn

a) für die versicherte Person keine Versicherungsleistungen nach den Abschnitten B I bis B VII für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden (vgl. nachfolgende Ausnahme unter Nr. 2),

b) die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,

c) die Versicherung für die versicherte Person nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und keine Kündigung erklärt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf garantierte pauschale Beitragsrückerstattung für das abzurechnende Geschäftsjahr nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und insoweit keine Kündigung erklärt ist.

2. Leistungen, die den Anspruch nicht verwirken

Ausgenommen von Nr. 1 Buchstabe a) sind Leistungen für

- Vorsorgeuntersuchungen,
- Schutzimpfungen als Standardimpfungen nach STIKO einschließlich Impfstoffe und einschließlich RSV-Prophylaxe sowie
- prophylaktische zahnärztliche Leistungen

nach dem Leistungsverzeichnis „Vorsorge und Schutzimpfung“ des Versicherers (siehe Anhang). Diese werden abweichend zu Nr. 1 Buchstabe a) nicht als Versicherungsleistung für das jeweilige Geschäftsjahr, dem diese im Rahmen der Kostenerstattung zugerechnet werden (vgl. Abschnitt A 8), gewertet.

Ferner verwirkt die Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld oder Elternzeit (vgl. Abschnitt D) den Anspruch nicht.

3. Höhe und Staffel der garantierten pauschalen Beitragsrückerstattung

Für die versicherten Personen, die im abzurechnenden Geschäftsjahr zur Personengruppe

- der Kinder oder Jugendlichen gehören, beträgt der garantierte pauschale Beitragsrückerstattungsgrundbetrag 50,– Euro (BK)
- der Erwachsenen gehören, beträgt der garantierte pauschale Beitragsrückerstattungsgrundbetrag 100,– Euro (B).

Der pauschale Beitragsrückerstattungsgrundbetrag (BK / B) reduziert sich jeweils um 1/12 für jeden Monat, in dem für die versicherte Person kein Versicherungsschutz nach den Abschnitten B I bis B VII bestand oder keine Beiträge nach Abschnitt D gezahlt wurden.

Der BK bzw. B nach Satz 1 beträgt jedoch nicht mehr als 1/12 der im abzurechnenden Geschäftsjahr für die versicherte Person nach diesem Tarif gezahlten Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag).

Für jede versicherte Person, die die Voraussetzungen nach Nr. 1 in Verbindung mit Nr. 2 erfüllt, wird ab erstmaligem Versicherungsbeginn nach diesem Tarif das Fünffache des BK bzw. B gezahlt.

Wurden die Voraussetzungen nach Nr. 1 in Verbindung mit Nr. 2 für die BK bzw. B nicht erfüllt, erhält der Versicherungsnehmer für das abzurechnende Geschäftsjahr keine BK bzw. B für die versicherte Person.

Ein erneuter Anspruch auf BK bzw. B wird – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Nr. 1 in Verbindung mit Nr. 2 – nach folgender Staffel erworben:

Anzahl der aufeinander folgenden leistungsfreien Geschäftsjahre	Vervielfachung des BK bzw. B
1	Einfacher BK bzw. B nach Absatz 1
2	Zweifacher BK bzw. B nach Absatz 1
3	Dreifacher BK bzw. B nach Absatz 1
4	Vierfacher BK bzw. B nach Absatz 1
5	Fünffacher BK bzw. B nach Absatz 1

Beim Wechsel aus der Personengruppe der Jugendlichen in die der Erwachsenen wird die Anzahl der Geschäftsjahre, für die die Voraussetzungen nach Nr. 1 in Verbindung mit Nr. 2 unmittelbar vor dem Wechsel in die Personengruppe der Erwachsenen erfüllt sind, berücksichtigt.

4. Dynamisierung der garantierten pauschalen Beitragsrückerstattung

a) Kinder und Jugendliche

Erhöhen sich im Durchschnitt die Neugeschäftsbeiträge der 0- bis 20-Jährigen, wird der BK nach Nr. 3 Satz 1 um 3 % erhöht und auf volle 2,50 Euro aufgerundet. Der BK nach Nr. 3 Satz 1 erhöht sich ab dem Zeitpunkt der Änderung der Neugeschäftsbeiträge, bei einer unterjährigen Erhöhung der Neugeschäftsbeiträge ab dem 1.1. des Folgejahres. Eine Rückwirkung auf abgeschlossene Geschäftsjahre erfolgt nicht.

b) Erwachsene

Erhöhen sich im Durchschnitt die Neugeschäftsbeiträge der 21- bis 65-Jährigen, wird der B nach Nr. 3 Satz 1 um 3 % erhöht und auf volle 5,– Euro aufgerundet. Der B nach Nr. 3 Satz 1 erhöht sich ab dem Zeitpunkt der Änderung der Neugeschäftsbeiträge, bei einer unterjährigen Erhöhung der Neugeschäftsbeiträge ab dem 1.1. des Folgejahres. Eine Rückwirkung auf abgeschlossene Geschäftsjahre erfolgt nicht.

F) Überschussverwendung

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

G) 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; Erwachsene 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 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.