

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif B-Easy mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Juli 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

Der Tarif sieht eine jährliche* Selbstbeteiligung von 500 Euro bei einem Erstattungssatz von 100 Prozent vor. Bei einem geringeren Erstattungssatz gilt eine entsprechend geringere Selbstbeteiligung (siehe Leistungstabelle). Sie beträgt zum Beispiel:

- 250 Euro bei einem Erstattungssatz von 50 Prozent
- 150 Euro bei einem Erstattungssatz von 30 Prozent

Ausgenommen sind stationäre Leistungen nach den Buchstaben B, E Nr. 6 und 7, F Nr. 2, G Nr. 2, H sowie Leistungen für die Lebendorganspende nach Buchstabe I.

Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, mindert sich die Selbstbeteiligung für dieses Kalenderjahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung der Versicherung nach Tarif B-Easy.

Die Selbstbeteiligung wird unter den Voraussetzungen nach Abschnitt III Nr. 6.19 angepasst, sobald Beitragsanpassungen in Kraft treten.

* Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln.

Mit den vereinbarten Prozentsätzen und nach Abzug der Selbstbeteiligung (siehe Leistungstabelle) erstattet der Versicherer Aufwendungen für:

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Leistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztliche Leistungen (insbesondere Beratungen, Besuche sowie Untersuchungen, Operationen – soweit diese nicht nach Buchstabe D erstattet werden –, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie) und Wegegebühren, die vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt berechnet werden.

2. Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) unabhängig von Altersgrenzen. Darüber hinaus werden Aufwendungen für eine weitere gezielte Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr erstattet.

3. Schutzimpfungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden.

4. Heilpraktiker

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen durch Heilpraktiker.

5. Arzneimittel, Verbandmittel und Verbrauchsmaterialien

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Arzneimittel (einschließlich Harn- und Bluttteststreifen), Verbandmittel sowie unmittelbar zur Behandlung schwerer Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (zum Beispiel Stoma-/Tracheostoma-, Inkontinenz-Versorgungsartikel, Applikationshilfen).

6. Heilmittel

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Kammern, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrophysiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, podologische Therapien sowie sonstige physikalische Therapien. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufes beziehungsweise Heilhilfsberufes angewandt werden. Für osteopathische Behandlungen ist keine Verordnung notwendig.

Zugrunde gelegt werden Aufwendungen bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.

7. Psychotherapie

Der Versicherer erstattet bis zu 52 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen approbierten nichtärztlichen in eigener Praxis beziehungsweise in einem medizinischen Versorgungszentrum oder Krankenhaus tätigen psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Der Versicherer leistet nach vorheriger schriftlicher Zusage für weitere Behandlungen im Kalenderjahr nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

8. Präventionskurse

Pro Kalenderjahr sind insgesamt bis zu zwei Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtprävention) erstattungsfähig, insgesamt bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150 Euro. Als

Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80 Prozent der Kursstunden) ist vorzulegen.

9. Hilfsmittel einschließlich Reparaturen – außer Sehhilfen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Hilfsmittel.

Als Hilfsmittel gelten medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen.

Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro ist der Versicherungsnehmer berechtigt, vorab eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers einzuholen.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen zum Beispiel für Geh- und Stützapparate einschließlich Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle, Orthesen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Herzschrittmacher, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Ernährungspumpen und Insulinpumpen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 Euro. Des Weiteren erstattet der Versicherer Aufwendungen für Blindenführhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Erhaltung beziehungsweise Wartung oder Inbetriebnahme von Hilfsmitteln, zum Beispiel: Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.

Sofern die soziale Pflegeversicherung sowie die private Pflegepflichtversicherung Leistungen für ein Hilfsmittel vorsehen und ein Anspruch auf Erstattung oder leihweise Überlassung des Hilfsmittels aus der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung besteht, erstattet der Versicherer keine Aufwendungen für dieses Hilfsmittel nach diesem Tarif.

10. Sehhilfen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillen (Brillengläser und Brillengestelle) einschließlich Reparaturen sowie Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro.

11. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation.

Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, die von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern übernommen werden.

12. Fahrten und Transporte

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus – auch zur nachoperativen Behandlung – beziehungsweise zur und von der Heilmittelanwendung, bei

- 12.1 ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit
- 12.2 schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für Transporte bei Notfällen beziehungsweise Erstversorgung nach Unfall zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

13. Brechkraftverändernde Augenoperationen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für brechkraftverändernde Augenoperationen (zum Beispiel Lasik-Operationen).

14. Künstliche Befruchtung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion.
Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- 14.1 das Vorliegen einer organisch bedingten krankheitswertigen Sterilität der versicherten Person und
- 14.2 die nach gynäkologischer Feststellung bestehende hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft und
- 14.3 die Vorlage eines Therapie- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn.

15. Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) und/oder eine hauswirtschaftliche Versorgung ausgehend von einem Rechnungsbetrag von insgesamt bis zu 50 Euro täglich für bis zu 21 Tage je Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit besteht, eine ärztliche Verordnung vorliegt und durch die Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Der Leistungserbringer darf mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person weder verwandt noch verschwägert sein.

16. Häusliche Behandlungspflege

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (zum Beispiel Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

Ab einem Rechnungsbetrag mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 7.000 Euro pro Monat ist vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über die vom Pflegedienst veranschlagte Vergütung vorzulegen.

17. Diabetes-Erst- und Folgeschulungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

18. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Voraussetzungen für eine Erstattung sind:

- Die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und in das Verzeichnis für DiGA nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen.
- Die DiGA, die nicht im Verzeichnis nach § 139e SGB V gelistet sind, werden vom Versicherer in einer eigenen Liste als erstattungsfähig geführt.

Weitere Voraussetzung ist, dass die DiGA von einem Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet wurden.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

19. HIV-Präexpositionsprophylaxe

Der Versicherer erstattet für Personen ab dem 16. Lebensjahr mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko Aufwendungen für eine Präexpositionsprophylaxe. Dazu zählen:

- 19.1 ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexposition prophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV
- 19.2 Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexposition prophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Versicherte haben nach Beratung Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexposition prophylaxe nach Nummer 5.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

Unterliegt das Krankenhaus nicht der BpflV oder dem KHEntgG (Privatkliniken) sind die Kosten erstattungsfähig, wie sie bei einer entsprechenden Behandlung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (zum Beispiel Universitätsklinikum) angefallen wären. Sofern die Beihilfe höhere Leistungen anerkennt, legt auch der Versicherer den von der Beihilfe anerkannten Betrag der Höhe nach zu Grunde.

Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BpflV beziehungsweise KHEntgG).

2. Leistungen der Belegärzte

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen der Belegärzte.

3. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummer 1. Die Anschlussheilbehandlung muss unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig sein. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (zum Beispiel nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen, die von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern übernommen werden, gelten nicht als medizinische Rehabilitation.

4. Fahrten und Transporte

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus.

Sofern Beihilfevorschriften einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Aufwendungen vorsehen, dieser jedoch für Fahrten und Transporte zur stationären Behandlung nicht zur Anwendung kommt, erstattet der Versicherer hierdurch entstehende Eigenbehalte.

C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Heil- und Kostenplan
2. Konservierende Zahnbehandlung (zum Beispiel Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
3. Leistungen bei Zahnersatz: prothetische und implantologische Leistungen (Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial), Kronen und Brücken einschließlich deren Verblendungen sowie Veneers, Prothesen
4. Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
5. Zahnärztliche Strahlendiagnostik
6. Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)

7. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), professionelle Zahnreinigung bis zu zweimal im Kalenderjahr
8. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
9. Nach der GOZ besonders berechenbare Material- und Laborkosten und besonders berechenbare Praxiskosten bei Leistungen nach den Nummern 2 bis 8

Bei Behandlungen mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 10.000 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.

D. Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Operationen durch niedergelassene Ärzte und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus, soweit dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 ersetzt wird.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören:

1. Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation oder dem stationersetzenden Eingriff stehen
2. der operative Eingriff
3. die Anästhesie
4. die im Zusammenhang mit der Operation in Auftrag gegebene pathologische Untersuchung und Laboruntersuchung
5. medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Vornahme des Eingriffs geeigneten niedergelassenen Arzt oder Krankenhaus, auch zur nachoperativen Behandlung

E. Schwangerschaft und Entbindung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro
2. Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik
3. Häusliche Entbindung
4. Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik
5. ambulanten nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger Indikation (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch – StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
6. stationären nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
7. Entbindung im Krankenhaus nach Buchstabe B Nr. 1 und 2 einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene

Zu den Nummern 2 bis 4 und 7 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger sowie digitale Anwendungen nach Buchstabe A Nr. 18. Eine ärztliche Verordnung bei Schwangerschaft und Entbindung ist keine zwingende Voraussetzung.

F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, teilstationäre und stationäre Hospizleistungen

1. Für ambulante Hospizleistungen werden Aufwendungen nach Buchstabe A erstattet, wenn diese durch palliativ-medizinisch ausgerichtete ambulante Einrichtungen erbracht werden. Außerdem erstattet der Versicherer Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt III Nr. 6.8).

2. Für versicherte Personen, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erstattet der Versicherer unter Anrechnung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für teilstationäre und stationäre Hospizleistungen nach Buchstabe B Nr. 1, wenn eine Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht gewährleistet werden kann.

G. Ambulante und stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlung bei Suchterkrankungen

Der Versicherer erbringt tarifliche Leistungen nach den Nummern 1 und 2 für bis zu drei Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen. Darüber hinaus werden nur dann Leistungen erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

1. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen bei Suchterkrankungen in dafür geeigneten Einrichtungen, die über eine Rehabilitationskonzeption verfügen, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.

2. Der Versicherer erstattet für stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen bei Suchterkrankungen die Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe B Nr. 1.

H. Knochenmarkspende

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Buchstaben A und B.

Als ambulante Heilbehandlung gelten auch die Typisierung zur Aufnahme in die Knochenmarkspenderdatei, das Registrieren des Empfängers für die Transplantation, die Aktivierungsgebühr und die Suchkosten (Fremdspendersuche).

I. Lebendorganspende

Der Versicherer erstattet die beim Organspender anfallenden Aufwendungen, sofern der Empfänger der Organ- oder Gewebespende nach diesem Tarif versichert ist.

Erstattet werden Aufwendungen des Organspenders im tariflichen Umfang für:

1. ambulante Behandlung
2. stationäre Behandlung
3. sich bei der Organentnahme ergebende unmittelbare Komplikationen
4. aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung
5. Kosten der Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat
6. Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung im Zusammenhang stehen
7. nachgewiesenen tatsächlichen Verdienstaufschlag sowie die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Als Sozialversicherungsbeiträge gelten auch Beiträge zur substitutiven privaten Krankenversicherung (§ 146 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) und zur privaten Pflegepflichtversicherung.

Anmerkung zu A bis I

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der GOZ in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

3. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen, die der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Nummer 1 Satz 2 gilt entsprechend.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind folgende Personen, die das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

1.1.1 Personen in der Berufsausbildung (nicht Schüler und Studenten) mit Beihilfeanspruch im Krankheitsfall, die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine sonstige Vergütung erhalten – ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen – sowie

1.1.2 deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

1.2 Falls die versicherte Person nach Nummer 1.1.1 im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos wird, kann dieser Tarif für die versicherten Personen nach den Nummern 1.1.1 und 1.1.2 längstens für 18 Monate bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres unverändert weitergeführt werden. Besteht dann kein Beihilfeanspruch mehr, wird die Versicherung in der Tarifstufe B-Easy100 weitergeführt.

1.3 Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung der versicherten Person nach Nummer 1.1.1 endet, wenn sie diese vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht. Für versicherte Personen nach Nummer 1.2 endet die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, spätestens 18 Monate nach Beendigung der Ausbildung. Für die versicherte Person nach Nummer 1.1.2 endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Ablauf des Monats, in dem diese eine Berufstätigkeit aufnimmt. Spätestens vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 39. Lebensjahres der versicherten Person nach Nummer 1.1.1 folgt, endet die Versicherungsfähigkeit für alle versicherten Personen nach den Nummern 1.1.1 und 1.1.2. Das gilt auch für die versicherte Person nach Nummer 1.1.2, wenn nur sie das 39. Lebensjahr vollendet.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif wird die Versicherung nach Tarif B weitergeführt. Der Beitrag richtet sich für die jeweilige versicherte Person nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr). Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis für die betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens zu kündigen. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt hier entsprechend.

1.4 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer innerhalb von zwei Monaten zu informieren, wenn die Versicherungsfähigkeit nach Nummer 1.3 weggefallen ist beziehungsweise dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen, wenn die Arbeitslosigkeit endet. Die Umstellung der Versicherung nach Tarif B erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

Zur Berechnung der Beiträge gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauffolgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

3 Leistungsanpassung

Dieser Versicherungsschutz sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

4 Option auf Wechsel in einen höherwertigen Versicherungsschutz

Versicherte Personen dieses Tarifs können bei der Verbeamtung auf Probe beziehungsweise Verbeamtung auf Zeit die Umstellung in Tarif B mit Absicherung der stationären Wahlleistungen nach Tarif WL und mit den Beihilfeergänzungstarifen BC oder BG beantragen. Hierbei gilt Folgendes:

4.1 Wird die Versicherung nach den Tarifen B, WL und BC oder BG innerhalb von zwei Monaten ab der jeweiligen Verbeamtung beantragt, entfällt eine erneute Risikoprüfung. Erneute Wartezeiten sind nicht abzuleisten. Die Umstellung kann rückwirkend zum Wirksamwerden der jeweiligen Verbeamtung erfolgen.

4.2 Stellt der Versicherungsnehmer den Antrag nicht fristgemäß, entscheidet der Versicherer über die Annahme des Antrags nach Prüfung des Gesundheitszustandes. Er ist dann berechtigt, die Annahme des Antrags von besonderen Bedingungen (zum Beispiel Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen) abhängig zu machen. Die Vertragsumstellung kann frühestens zum 1. des Monats vorgenommen werden, der auf den Eingang des Antrags folgt.

Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich für die jeweilige versicherte Person nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

5 Beitragsrückerstattung

5.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen versicherte Person berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 5.1.1 bis 5.1.3 erfüllt.

5.1.1 **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen des Versicherers erbracht.

5.1.2 **Beitragszahlung:** Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

5.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Jahres wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder Tod geändert oder beendet.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

6 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

6.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

6.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

6.3 Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009: Wechsel in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung

Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 gekündigt, kann der Versicherungsnehmer die Umstellung in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

6.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen

Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers und bei einem Übertritt in eine höhere Tarifstufe wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet. Im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten mit der in Nummer 4 vorgesehenen Ausnahme entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung (Abschnitt II Buchstabe E) leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

6.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz nach Tarif B ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist. Die dreimonatige Mindestversicherungsdauer für ein Elternteil muss dann nicht erfüllt sein. Dies gilt nicht, wenn für das Neugeborene ein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besteht.

6.6 Zu § 2 Abs. 3 MB/KK 2009: Adoption von Kindern

Abweichend von § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Vereinbarung eines Risikozuschlages. Im Übrigen gilt Nummer 6.5 entsprechend.

6.7 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten

Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

6.8 Zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Der Versicherer leistet neben palliativärztlichen Leistungen auch für die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten palliativpflegerischen Leistungen, die von geeigneten Einrichtungen und Personen erbracht werden. Als Leistungsvoraussetzung dient die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“.

6.9 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

- 6.10 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.
- Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badeszusätze.
- 6.11 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.
- 6.12 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer nicht.
- 6.13 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.
- Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.
- 6.14 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Suchterkrankungen
Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen erstattet der Versicherer nach Abschnitt II Buchstabe B.
- Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009 leistet der Versicherer für Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen nach Abschnitt II Buchstabe G. § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 bleibt unberührt.
- 6.15 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.
- 6.16 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer nicht.
- 6.17 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels sowie das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer) angegeben sein. Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen sowie die besonders berechneten Praxiskosten müssen aus den Belegen ersichtlich sein.
- 6.18 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.
- 6.19 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
- Die Selbstbeteiligung nach Abschnitt II wird bei einer Beitragsanpassung entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) angepasst. Dabei wird die Veränderung des Verbraucherpreisindex seit der Einführung des Tarifs beziehungsweise seit der letzten Änderung der Selbstbeteiligung zugrunde gelegt. Diese wird bei einem ambulanten Erstattungssatz von 100 Prozent auf volle 60 Euro abgerundet. Hierbei gilt die in § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgesehene Höchstbegrenzung.
- 6.20 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.
- 6.21 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

7 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

Leistungstabelle

Tarifstufe	Vereinbarer Prozentsatz			
	Ambulant ¹	Stationär ²	Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ³	Selbstbeteiligung
B-Easy100 ⁴	100 %	100 %	100 %	500 EUR
B-Easy50	50 %	50 %	50 %	250 EUR
B-Easy45	45 %	45 %	45 %	225 EUR
B-Easy40	40 %	40 %	40 %	200 EUR
B-Easy35	35 %	35 %	35 %	175 EUR
B-Easy30	30 %	30 %	30 %	150 EUR
B-Easy30/15	30 %	15 %	30 %	150 EUR
B-Easy25	25 %	25 %	25 %	125 EUR
B-Easy20	20 %	20 %	20 %	100 EUR
B-Easy15	15 %	15 %	15 %	75 EUR
B-Easy10	10 %	10 %	10 %	50 EUR

¹ siehe Abschnitt II Buchstaben A (Ambulante Heilbehandlung), D (Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe), E (Schwangerschaft und Entbindung) Nr. 1 bis 5, F (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, teilstationäre und stationäre Hospizleistungen) Nr. 1, G (Ambulante und stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlung bei Suchterkrankungen) Nr. 1, H (Knochenmarkspende) und I (Lebendorganspende)

² siehe Abschnitt II Buchstaben B (Stationäre Krankenhausbehandlung), E (Schwangerschaft und Entbindung) Nr. 6 und 7, F (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, teilstationäre und stationäre Hospizleistungen) Nr. 2, G (Ambulante und stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlung bei Suchterkrankungen) Nr. 2, H (Knochenmarkspende) und I (Lebendorganspende)

³ siehe Abschnitt II Buchstabe C

⁴ siehe Abschnitt III Nr. 1.2