

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif HS mit Tarifbedingungen

– Stand: 1. Januar 2026 –

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

A. Ambulante Heilbehandlung

Der Versicherer erstattet 90 % der Aufwendungen für die Nummern 1 bis 18 sowie nach den Buchstaben E Nr. 1 bis 5, F Nr. 1, G Nr. 1 und nach Buchstabe H. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 10 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bleibt auf 500 Euro begrenzt. Darüber hinaus werden die Aufwendungen mit 100 % erstattet. Die Selbstbeteiligung und die Erhöhung des Erstattungssatzes gelten pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Maßgeblich ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln. Aufwendungen für Leistungen durch Heilpraktiker erstattet der Versicherer nicht.

Die maximale Selbstbeteiligung von 500 Euro wird unter den Voraussetzungen nach Abschnitt III Nr. 5.19 angepasst.

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. Arzneimittel, Verbandmittel und Verbrauchsmaterialien

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

5. Heilmittel

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Inhalationen, Krankengym-

nastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Kammern, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, podologische Therapien sowie sonstige physikalische Therapien. Heilmittel müssen von einem Arzt verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufs beziehungsweise Heilhilfsberufs angewandt werden. Für osteopathische Behandlungen ist keine Verordnung notwendig.

6. Psychotherapie

Der Versicherer erstattet pro versicherte Person bis zu 52 psychotherapeutische Behandlungen in einem Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass diese durch einen Arzt oder einen approbierten nichtärztlichen in eigener Praxis beziehungsweise in einem medizinischen Versorgungszentrum oder Krankenhaus tätigen Psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt werden. Die Kosten für weitere psychotherapeutische Behandlungen im Kalenderjahr übernimmt der Versicherer nach vorheriger schriftlicher Zusage, nachdem deren medizinische Notwendigkeit festgestellt worden ist.

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

8. Hilfsmittel und deren Reparaturen (ausgenommen 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. Außerdem erstattet der Versicherer Aufwendungen für Blindenführhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen. Der Versicherer erstattet zudem 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.

9. Sehhilfen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillen (Brillengläser und Brillengestelle) einschließlich Reparaturen sowie Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 Euro.

10. 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.

11. 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

11.1 ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit sowie

11.2 schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

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

12. Brechkraftverändernde Augenoperationen

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

13. 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:

13.1 das Vorliegen einer organisch bedingten krankheitswertigen Sterilität der versicherten Person und

13.2 die nach gynäkologischer Feststellung bestehende hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft und

13.3 die Vorlage eines Therapie- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn.

14. 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 pro Versicherungsfall. Voraussetzungen sind, dass die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist, eine ärztliche Verordnung vorliegt und durch die Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Der Erbringer der Leistung darf mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person weder verwandt noch verschwägert sein.

15. 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.

16. Diabetes-Erst- und Folgeschulungen

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

17. 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.

18. HIV-Präexpositionsprophylaxe

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

18.1 ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV

18.2 Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Versicherte haben nach Beratung Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe nach Nummer 4.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

Der Versicherer erstattet 100 % der Aufwendungen für die Nummern 1 bis 5 sowie nach den Buchstaben E Nr. 6 und 7, F Nr. 2, G Nr. 2 und nach Buchstabe H.

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

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

Bei einer Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der Allgemeinen Pflegeklasse einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

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

2. Rooming-In

Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes leistet der Versicherer im Umfang der Nummer 1 für die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

3. Leistungen der Belegärzte

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen der Belegärzte.

4. 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, diese Frist kann aus medizinischen Gründen nicht eingehalten werden (zum Beispiel nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung).

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

5. Fahrten und Transporte

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

C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Versicherer erstattet 70% der Aufwendungen für die Nummern 1 bis 9.

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

In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in dem darauffolgenden Kalenderjahr erstattet der Versicherer pro versicherte Person jeweils bis zu insgesamt 750 Euro; nach Ablauf des zweiten Kalenderjahres entfällt diese Begrenzung. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Die Begrenzung gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Bei unmittelbarem Übertritt aus einem Tarif des Versicherers mit Zahnleistungen wird die Versicherungszeit angerechnet.

Bei Behandlungen mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 10.000 Euro muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden.

D. Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe

Folgende Aufwendungen werden mit 100 % erstattet.

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

Für Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 5 gilt die Selbstbeteiligung nach Buchstabe A.

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. einen ambulanten nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinisch notwendigen Indikation (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch – StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
6. einen stationären nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinisch notwendigen Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
7. Entbindung im Krankenhaus nach Buchstabe B Nr. 1 und 3 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. 17. Eine ärztliche Verordnung bei Schwangerschaft und Entbindung ist keine zwingende Voraussetzung.

F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

Für Aufwendungen nach Nummer 1 gilt die Selbstbeteiligung nach Buchstabe A.

1. Der Versicherer erstattet Aufwendungen nach Buchstabe A für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt III Nr. 5.8).
2. Für versicherte Personen, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erstattet der Versicherer unter Anrechnung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für 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

Für Aufwendungen nach Nummer 1 gilt die Selbstbeteiligung nach Buchstabe A.

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 Ver-

sicherer 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 Entwöhnungsbeziehungsweise 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 Entwöhnungsbeziehungsweise 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). Die Selbstbeteiligung nach Buchstabe A gilt entsprechend.

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

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind folgende Personen, die das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:
 - 1.1.1 Personen in der Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung, die das 17. Lebensjahr vollendet haben und die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine sonstige Vergütung erhalten – ausgenommen Ausbildungsvergütungen – sowie
 - 1.1.2 deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sowie
 - 1.1.3 deren Kinder.

Personen nach den Nummern 1.1.2 und 1.1.3 sind aufnahme- und versicherungsfähig, wenn die Person nach Nummer 1.1.1 nach Tarif HS versichert ist.

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 oder bei Abbruch der 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 bis 1.1.3 längstens für zwölf Monate bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres unverändert weitergeführt werden.
- 1.3 Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Hochschul- ausbildung beziehungsweise Berufsausbildung der versicherten

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 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.

3. Für Leistungen, die nicht der GOÄ, der GOZ oder der GOP entsprechen, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

4. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes nach Abschnitt III Nr. 5.2 oder 5.21 in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, leistet der Versicherer unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ, der GOZ und der GOP.

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 zwölf 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 34. Lebensjahres der versicherten Person nach Nummer 1.1.1 folgt, endet die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif für alle versicherten Personen nach den Nummern 1.1.1 bis 1.1.3. Das gilt auch für die versicherte Person nach Nummer 1.1.2, wenn nur sie das 34. Lebensjahr vollendet.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif wird die Versicherung nach Tarif NW 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 es dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen, wenn die Arbeitslosigkeit endet. Die Umstellung der Versicherung nach Tarif NW 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 Beitragsrückerstattung

4.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen versicherte Person (ausgenommen zum Kinder- oder Jugendlichenbeitrag Versicherte) berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 4.1.1 bis 4.1.3 erfüllt.

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

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

4.1.3 **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.

4.2 Unter den Voraussetzungen der Nummer 4.1 werden auch versicherte Personen berücksichtigt, die im abgelaufenen Kalenderjahr nicht ganzjährig versichert waren.

Die Höhe der BRE wird jährlich für das darauffolgende Geschäftsjahr neu beschlossen.

5 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

5.1 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 Aufenthalts im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

5.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas leistet der Versicherer im tariflichen Umfang. Handelt es sich dabei um Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten, kann der Versicherer Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A bis I).

5.3 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.

5.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet. Im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten 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.

5.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag 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.

5.6 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 Risikozuschlags.

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

5.8 Zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009: Leistungen durch Heilpraktiker, spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker erstattet der Versicherer nicht.

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“.

5.9 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.

5.10 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose). Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

5.11 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

5.12 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.

5.13 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.

5.14 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.

5.15 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 Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

5.16 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.

5.17 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.

5.18 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 beeinflussen Beginn und Ende des Versicherungsjahres nicht.

5.19 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 %, 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 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch die maximale Selbstbeteiligung nach Abschnitt II Buchstabe A an die tatsächliche Kostenentwicklung entsprechend des Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) angepasst werden. Dabei wird die Veränderung des Verbraucherpreisindex seit der Einführung des Tarifs beziehungsweise seit der letzten Änderung der maximalen Selbstbeteiligung zugrunde gelegt. Diese wird auf volle 100 Euro abgerundet. Hierbei gilt die in § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgesehene Höchstbegrenzung.

5.20 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen

Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.

5.21 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes

Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins außereuropäische Ausland (mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten) gilt die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland kann der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen fortgeführt werden:

1. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland den Versicherer hierüber zu unterrichten.
2. Das Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz liegen.
3. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben und erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A bis I).