

Tarif BT

Stand: 01.07.2021, SAP-Nr.: 331927, 06.2021

Es gelten die MB/BT 2009.

Leistungen des Versicherers

Die **Höhe der Versicherungsleistungen** hängt davon ab, welcher Tarifstufe und welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe die versicherte Person angehört. Die versicherbaren Leistungsstufen ergeben sich aus der Beitragstabelle.

Bei **Tarifstufe BTN** beträgt die Höhe der Versicherungsleistungen 100 Prozent der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis I.

Bei **Tarifstufe BTB** hängt die Höhe der Versicherungsleistungen von der **Leistungsstufe** ab, der die versicherte Person zugeordnet ist; die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Basisarifs dürfen insgesamt 100 Prozent nicht überschreiten.

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag–Ärzte/Ersatzkassen bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Folgenden genannten Höchstsätzen zu 100 Prozent ersetzt, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ
- 1,8facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Ersetzt werden auch Aufwendungen für pauschalierte Entgelte, wenn sie die Höchstsätze nach Satz 1 nicht übersteigen.

(3) Werden die Vergütungen für die ärztliche Behandlung gemäß Absatz 1 durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Psychotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie, wenn und soweit der Versicherer zuvor im Rahmen eines Konsiliar- und Gutachterverfahrens eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Leistungen werden nur für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Abhängigkeit von bestimmten Diagnosen

- zugelassenen Verfahren,
- bei Inanspruchnahme entsprechend qualifizierter Vertragsärzte oder zugelassener psychologischer Psychotherapeuten,
- bis zum jeweils festgelegten Höchstumfang zugesagt.

(2) Für die folgenden Maßnahmen ist eine Zusage ausgeschlossen: Maßnahmen zur beruflichen Anpassung und Berufsförderung, Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder sonstige

Maßnahmen, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt

- bei Ärzten bis zu den in Nummer 1 Absatz 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
- bei Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 MB/BT 2009 bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP); Nummer 1 Absatz 3 gilt entsprechend.

3. entfallen

4. Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers. Die Verordnung muss durch einen von der Kassenärztlichen Vereinigung hierzu befugten Vertragsarzt erfolgen.

(2) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

- bei Ärzten bis zu den in Nummer 1 Absatz 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
- bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Behandlungstag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

5. Häusliche Krankenpflege

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig. Die häusliche Krankenpflege umfasst auch die ambulante Palliativversorgung.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 auf Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
 a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
 b) bei Pflegefachkräften nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,
 sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Tag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr anfallenden Kosten, sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

6. Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

- a) Krankenhausbehandlung,
- b) Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation,
- c) medizinischer Vorsorgeleistungen,
- d) medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter,
- e) medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter,
- f) Schwangerschaft und Entbindung,
- g) häuslicher Krankenpflege,
- h) schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Der Anspruch nach Absatz 1 a) bis g) setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch nach Absatz 1 h) besteht längstens für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Kalendertag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

7. Arznei- und Verbandmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet worden sind und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden. Erstattungsfähig sind ferner nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch den behandelnden Vertragsarzt ausnahmsweise zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Stehen für das verordnete Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist zeitgerecht lieferbar.

(2) Bei versicherten Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei versicherten Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen sind auch verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattungsfähig.

(3) Als Arzneimittel gelten nicht:
 Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.
 Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür

entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.

(4) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(5) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(6) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.

(7) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.

(8) Aufwendungen für Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, die innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden müssen, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet ist, zuzüglich des durchschnittlichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig.

(9) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 6 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

8. Heilmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis (Anlage) des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen und bei Podologie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.

(2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und vor Fortsetzung der Therapie vom Versicherer zu genehmigen.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 2 Euro je Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

9. Hilfsmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils geltenden Fassung aufgelisteten Hilfsmitteln in Standardausführung einschließlich der Aufwendungen für Reparatur und Unterweisung im Gebrauch sowie für Gebrauch und Pflege. Die Wartung

und Kontrolle von Hilfsmitteln sind nur erstattungsfähig, wenn sie zum Schutz des Versicherten vor unvermeidbaren Gesundheitsrisiken erforderlich oder nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig sind. Hilfsmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung bei einem Leistungserbringer, der Vertragspartner eines Trägers der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, bezogen werden. Vor dem Bezug eines Hilfsmittels ist die Genehmigung des Versicherers einzuholen. Hilfsmittel können vom Versicherer auch leihweise überlassen werden. Ist im Einzelfall eine über Satz 1 hinausgehende Hilfsmittelversorgung medizinisch notwendig, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, sind die Aufwendungen erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Aufwendungen für Brillengläser sind erstattungsfähig bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Nach Vollendung des 14. Lebensjahres besteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit - bezogen auf ein Auge - um mindestens 0,5 Dioptrien.

(3) Bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 besteht. Wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen behandelt werden müssen, sind auch Aufwendungen für eine nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses indizierte therapeutische Sehhilfe erstattungsfähig.

(4) Ein Anspruch auf Kontaktlinsen besteht nur bei Vorliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Hilfsmittel-Richtlinien festgelegten Indikation.

(5) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Hilfsmittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis. Brillengestelle sowie Aufwendungen für Kontaktlinsenpflegemittel werden nicht ersetzt.

(6) Aufwendungen sind nur bis zur Höhe eines der drei preisgünstigsten Hilfsmittel erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, oder, im Falle bestehender Festbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag. Abzüglich eines vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes und einer Zuzahlung werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Hilfsmittel. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf des jeweiligen Hilfsmittels, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

Sofern das Hilfsmittel nicht leihweise überlassen wird, benennt der Versicherer mit der Genehmigung gemäß Absatz 1 Satz 4 einen Hilfsmittelanbieter, der den Hilfsmittelbezug in zumutbarer Weise gewährleistet, ohne dass die versicherte Person über die Zuzahlung und einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt hinausgehende Eigenanteile aufzubringen hat.

10. Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese medizinisch notwendig sind, um

- a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - b) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken,
 - c) Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 - d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,
- wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Erstattungsfähig sind auch ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten, wenn die Vorsorgeleistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen und der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die übrigen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehenden Kosten sind nicht erstattungsfähig. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von drei Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

11. Ambulante Rehabilitation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat, wenn eine Behandlung nach Nr. 1 nicht ausreicht, das medizinisch erforderliche Behandlungsziel zu erreichen. Voraussetzung ist, dass der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Abweichend von § 4 Absatz 2 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer die Rehabilitationseinrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen ist begrenzt auf höchstens 20 Behandlungstage und kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Behandlungstag.

12. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
- a) ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,
 - b) ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
 - c) Reisekosten,
 - d) Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten,
 - e) solche Leistungen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, die aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung führen,
 - f) wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch kranke versicherte Personen, wenn zuletzt der Versicherer Leistungen für ärztliche Behandlung erbracht hat oder erbringt; ferner für
 - g) aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung sichern.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht ein Abzug für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen ist, zu 100 Prozent ersetzt, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt ist eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

(2) Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt

- bei Ärzten bis zu den in Nummer 1 Absatz 2 und 3 genannten Vergütungssätzen,
- bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind.

B. Maßnahmen nach § 1 Absatz 3 a) MB/BT 2009

1. Schwangerschaft und Entbindung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft,
- Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch Arzt und Hebamme sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege ohne hauswirtschaftliche Versorgung,
- Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- stationäre Entbindung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer anderen stationären Vertragseinrichtung, in der Geburtshilfe geleistet wird.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

2. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Insemination bzw. künstliche Befruchtung bei einer versicherten Person entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, vor Behandlungsbeginn nach Durchführung eines unabhängigen ärztlichen Beratungsvorgangs eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt wurde und

- die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau mindestens 25 Jahre alt ist und sie das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden,
- eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 50 Prozent ersetzt.

3. Empfängnisverhütung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisregelung. Für versicherte weibliche Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen nach Abschnitt A. Nummer 7 Absatz 9 vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation sowie für einen nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Ein Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwanger-

schaftsabbruch besteht nur, wenn er in einer dem Schwangerschaftskonfliktgesetz genügenden Einrichtung vorgenommen wird.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

C. Zahnbehandlung und –ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche und – technische Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Sie umfassen insbesondere

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes,
- Individualprophylaxe nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen oder einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Absatz 2 GOZ genannten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, werden die Vergütungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A Nummer 1 Absatz 2 genannten Höchstsätzen ersetzt.

(3) Werden die Gebührensätze gemäß Absatz 2 durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

(4) Wählt der Versicherte bei Zahnfüllungen eine über die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehende Versorgung, hat er die über die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung hinausgehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Wird eine intakte plastische Füllung ausgetauscht, entsteht kein Leistungsanspruch, auch nicht anteilig.

(5) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen,
- implantologische Leistungen, es sei denn, es liegt eine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle vor, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat.

(6) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

(7) Leistungen für Schienentherapien und Aufbissbehelfe sowie für systematische Parodontalbehandlungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartenden Leistungen Auskunft.

2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind und
- zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahn- techniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind, bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich

Kronen und Suprakonstruktionen, wenn eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem vorliegenden Befund anerkannt ist. Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die der vertragszahnärztlichen Regelversorgung entsprechen. Wählt die versicherte Person einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder davon abweichenden andersartigen Zahnersatz, hat sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nummer 1 Absatz 3 gilt entsprechend.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.

(4) Der Aufwendungsersatz beträgt 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 70 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn

- a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr
- b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr

hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener zehnjähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf 60 Prozent.

(5) Weist die versicherte Person nach, dass sie durch den ihr nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil entsprechend § 55 Absatz 2 SGB V unzumutbar belastet würde, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt.

(6) Zur Vermeidung von Härten wird der versicherten Person bei entsprechendem Nachweis von dem nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil ein weiterer Betrag nach Maßgabe von § 55 Absatz 3 SGB V ersetzt.

(7) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

3. Kieferorthopädische Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind, und
- b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind,

für eine Kieferorthopädische Versorgung in den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Leistungen kann nur eine versicherte Person beanspruchen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person unter einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten schweren Kieferanomalie leidet, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nummer 1 Absatz 3 gilt entsprechend.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.

(5) Der Aufwendungsersatz ist zunächst begrenzt auf 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für das zweite und jedes weitere versicherte Kind, das sich gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung befindet, bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und mit seinem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Ist die Behandlung in dem durch den Therapie- und Kostenplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen, ersetzt der Versicherer die erstattungsfähigen Restkosten.

(6) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der insbesondere umfassende Angaben zum Befund und zur geplanten Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

4. Selbstbehalt bei den Nummern 1 bis 3

Vom Erstattungsbetrag wird ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt abgezogen.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß den Krankenhausbehandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Krankenhäusern, die

- a) die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
- b) in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
- c) einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben

wenn die versicherte Person ein solches Krankenhaus aufgrund einer ärztlichen Einweisung aufsucht. Wählt die versicherte Person ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus, sind die Mehrkosten von der versicherten Person selbst zu tragen. Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, die der Gemeinsame Bundesausschuss von der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen hat, werden nicht erstattet.

(2) Für stationäre Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(3) Die Leistungen umfassen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

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

2. Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind Aufwendungen für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in Vorsorgeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird

durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

3. Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nummer 10 nicht aus, sind für versicherte Mütter und Väter auch Aufwendungen zur medizinischen Vorsorge in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügt, erstattungsfähig.

(2) Abweichend von § 4 Absatz 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

4. Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Reicht eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Abschnitt A Nummer 11 nicht aus, sind Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungs- und Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Anschlussheilbehandlungen müssen in der Regel spätestens 14 Tage nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnen.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

5. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für versicherte Mütter und Väter in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügt.

(2) Abweichend von § 4 Absatz 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.

(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

6. Umfang des Aufwendungsersatzes nach Nummer 1 bis 5

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für vereinbarte Selbstbehalte sowie für die folgenden Zuzahlungen und Begrenzungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt:

a) Zuzahlungen

Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Kalendertag. Die Zuzahlungen bei

Leistungen nach Abschnitt D. Nummer 1 sowie bei Anschlussheilbehandlungen nach Abschnitt D. Nummer 4, nicht jedoch bei Rehabilitationsmaßnahmen, sind begrenzt auf insgesamt 280 Euro je Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassungstag zählen als ein Tag.

b) Begrenzungen

Die erstattungsfähigen Leistungen sind begrenzt auf den Betrag, der für die Behandlung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

7. Stationäre Hospizleistung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

8. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Kurzzeitpflege, sofern Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Tarifeil A. 5 Absatz 1 Tarif BT bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Aufwendungen nach Satz 1 sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von 1612 Euro. § 42 Sozialgesetzbuch Elftes Buch gilt entsprechend.

E. Fahrtkosten

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport

- a) zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- b) zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden,
- c) bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Versicherers bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
- d) für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen, wenn der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Transport.

F. Krankentagegeld

(1) Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen, die bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

- a) als Arbeitnehmer gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
- b) Arbeitslosengeld beziehen,
- c) Einkommen aus hauptberuflicher selbständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit beziehen, soweit sie Krankentagegeld gewählt haben.

(2) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(3) Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit nach § 1 Absatz 4 MB/BT 2009 wird ab dem 43. Tag ein Krankentagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- a) bei Arbeitnehmern, Selbständigen und freiberuflich Tätigen nicht mehr als 70 Prozent des auf den Kalendertag umgerechneten Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankentagegeld darf 90 Prozent des Nettoeinkommens nicht übersteigen. Maßgebend ist das Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate vor Eintritt des

Versicherungsfalls. Bei Selbständigen und freiberuflich Tätigen gilt als Nettoeinkommen der Gewinn (§ 2 Abs. 2.1 Einkommensteuergesetz) aus der im Versicherungsantrag bzw. nachträglich als Berufswechsel angegebenen Tätigkeit. Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die der Arbeitgeber bei der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung berechtigterweise zusammenrechnet hat, bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammengefasst,

- b) bei Beziehern von Arbeitslosengeld nicht mehr als das bei Einstellung der Zahlungen durch die Bundesagentur für Arbeit bezogene kalendertägliche Arbeitslosengeld.

Bei versicherten Personen der Tarifstufe BTB wird, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, das Krankentagegeld auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Die versicherte Person hat die Höhe des Nettoeinkommens bei jedem Antrag auf Zahlung von Krankentagegeld nachzuweisen.

(4) Die versicherte Person hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit Anspruch auf Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Zeiten, in denen die Zahlung von Krankentagegeld entsprechend § 49 SGB V ruht, werden auf die Frist angerechnet. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Nach Ablauf des Dreijahreszeitraums lebt der Anspruch auf Krankentagegeld wieder auf, wenn die versicherte Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankentagegeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und entweder erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

(5) Versicherte Personen nach Absatz 1 Buchstabe a) haben ferner Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und privat krankheitskostenvollversicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage. Bei allein erziehenden versicherten Personen besteht der Anspruch für jedes privat krankheitskostenvollversicherte Kind für längstens für 20 Arbeitstage, insgesamt für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Die zeitliche Begrenzung der Krankentagegeldzahlung entfällt, wenn das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
 b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
 c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

(6) Der Anspruch nach Absatz 5 entfällt, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.

(7) Der Anspruch auf Krankentagegeld endet

- a) mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit,
 b) mit dem Ende der Bezugsdauer nach Absatz 4.
 c) mit dem Ruhen der Leistungen nach § 8 Absatz 3 MB/BT 2009,
 d) wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit nicht oder nicht mehr gegeben sind,
 e) mit Beendigung der beruflichen Tätigkeit,
 f) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist,
 g) mit dem Bezug von Alters-, Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente und vergleichbarer beamtenrechtlicher Versicherungen, spätestens mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters der versicherten Person.

G. Mutterschaftsgeld

(1) Versicherte weibliche Personen haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld, wenn

- a) sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankentagegeld haben oder

b) ihnen wegen der Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird oder

c) ihr Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfrist nach der Entbindung nach Maßgabe von § 17 Absatz 2 Mutterschutzgesetz aufgelöst worden ist.

(2) Das Mutterschaftsgeld wird in Höhe von höchstens 13 Euro je Kalendertag, bei versicherten Personen der Tarifstufe BTB, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt, für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes erfolgt nach Vorlage eines Nachweises über die erfolgte Entbindung.

H. Auslandsbehandlung

(1) Soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes vorgesehen ist, ruht der Leistungsanspruch, solange die versicherte Person sich im Ausland aufhält.

(2) Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie in der Schweiz sind erstattungsfähig die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Leistungserbringer im Sinne von § 4 Absatz 2 MB/BT 2009, die aufgrund einer EG-Richtlinie approbiert oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung zugelassen sind. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.

(3) Für stationäre Heilbehandlungen in einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(4) Aufwendungen für eine während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen als einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten medizinisch notwendige Heilbehandlung, die auch im Inland möglich wäre, sind nur erstattungsfähig, wenn der versicherten Person wegen einer Vorerkrankung oder wegen ihres Alters der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung nicht möglich ist und dies dem Versicherer vor Beginn der Reise nachgewiesen worden ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre. Der Anspruch besteht für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Keine Erstattung erfolgt, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung ins Ausland begibt.

(5) Kosten eines Rücktransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

(6) Der Anspruch auf Krankentagegeld ruht während eines Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass die versicherte Person sich nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung des Versicherers im Ausland aufhält.

I. Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

- a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und
 b) nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 2 MB/BT 2009 angewendet werden.

(2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung

aufzuwenden wäre.

J. Zuzahlungen und Selbstbehalte

(1) Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten eines vereinbarten Selbstbehalts.

(2) Bei der Ermittlung eines Selbstbehalts werden die Aufwendungen dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Leistungserbringer in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

(3) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird ein Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich ein Selbstbehalt nicht

(4) In der Tarifstufe BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.

(5) Der Versicherer erfasst kalenderjährlich die bei den Versicherungsleistungen in Abzug gebrachten Zuzahlungen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Summe der Abzüge die für ihn geltende Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V übersteigt, leistet der Versicherer entsprechende Nachzahlungen.

Ergänzender Hinweis zu Tarif BT, gültig ab 01.04.2010:

Der Basistarif sieht die Möglichkeit vor, dass zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., den Beihilfekostenträgern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Tarif abweichende Erstattungssätze vereinbart werden.

Die Regelung finden Sie unter Buchstabe A Ziffer 1 Absatz 3, Buchstabe A Ziffer 2 Absatz 3, Buchstabe A Ziffer 4 Absatz 3 a), Buchstabe A Ziffer 5 Absatz 4 a), Buchstabe A Ziffer 13 Absatz 3a), Buchstabe C Ziffer 1 Absatz 3 sowie Buchstabe D Ziffer 1 Absatz 4 des Tarifs BT.

Ein solcher Vertrag wurde geschlossen. Ab dem 01.04.2010 gelten bis auf Weiteres für

- ambulante ärztliche Leistungen,
- ambulante Psychotherapie,
- belegärztliche Leistungen sowie
- Leistungen des Zahnarztes, die nach der GOÄ abgerechnet werden folgende Vergütungssätze:
- Leistungen des Abschnittes M sowie die Leistungen nach der Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 0,9fachen des Gebührensatzes vergütet.
- Leistungen des Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 1,0fachen des Gebührensatzes vergütet.
- Die übrigen Leistungen werden mit dem 1,2fachen des Gebührensatzes der GOÄ vergütet.

Die Vertragsärzte sind verpflichtet, diese Vergütungssätze bei der Behandlung von Versicherten im Basistarif anzuwenden.

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten im Basistarif, Tarifstufe BTN

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die zu den in Abschnitt A. Absatz 2 AVB/BT 2009 genannten Personenkreisen gehören, das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und in der Berufsausbildung stehen oder Schüler oder Studenten sind und keine Vergütung – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen – erhalten.

1.2 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen.

2. Beitragshöhe

2.1 Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang, dem tariflichen Lebensalter der Person und dem Geschlecht. Dies gilt in Ansehung des Geschlechts nur für Verträge des Basistarifs, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden. Als

tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag zu den Besonderen Bedingungen besteht, und dem Geburtsjahr. Von dem auf die Vollendung des 25., 30. und 35. tariflichen Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe zu entrichten. Rückstellungen für das Alter werden nicht angespart.

2.2 Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragsanpassung im Sinne von Abschnitt B. § 8b AVB/BT 2009. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des Abschnitts B. § 8b AVB/BT 2009 zu den Beitragsanpassungen unberührt.

2.3 Abschnitt B. § 8a Abs. 8 AVB/BT 2009 findet keine Anwendung.

3. Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist oder
- b) die Ausbildung, der Schulbesuch oder das Studium mehr als sechs Monate unterbrochen wird.

3.2 Nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach den Besonderen Bedingungen wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an in der Tarifstufe BTN fortgeführt, wenn Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt A. Absatz 2 AVB/BT 2009 weiterhin vorliegen. Für die Höhe des Beitrags ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte tarifliche Lebensalter maßgebend.

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten im Basistarif, Tarifstufe BTB

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Abschnitt A. Absatz 3 AVB/BT 2009 genannten Personen, die das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und

- a) sich in einer Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare, Vikare) und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag – mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen - erhalten oder
- b) bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige oder beihilfeberechtigte Studenten und Schüler sind, die keine Vergütung erhalten.

1.2 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen.

2. Beitragshöhe

2.1 Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang, dem tariflichen Lebensalter der Person und dem Geschlecht. Dies gilt in Ansehung des Geschlechts nur für Verträge des Basistarifs, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag zu den Besonderen Bedingungen besteht, und dem Geburtsjahr. Von dem auf die Vollendung des 25., 30. und 35. tariflichen Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe zu entrichten. Rückstellungen für das Alter werden nicht angespart.

2.2 Die Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragsanpassung im Sinne von Abschnitt B. § 8b AVB/BT 2009. Im Übrigen bleiben die Bestimmungen des Abschnitts B. § 8b AVB/BT 2009 zu den Beitragsanpassungen unberührt.

2.3 Abschnitt B. § 8a Absatz 8 AVB/BT 2009 findet keine Anwendung.

3. Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist oder
- b) die Ausbildung, der Schulbesuch oder das Studium mehr als sechs Monate unterbrochen wird.

3.2 Nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach den Besonderen Bedingungen wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an in der Tarifstufe BTB fortgeführt, wenn Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt A. Absatz 3 AVB/BT 2009 weiterhin vorliegen. Für die Höhe des Beitrags ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte tarifliche Lebensalter maßgebend.

Besondere Bedingungen für die befristete Leistungsstufe 20% im Basistarif, Tarifstufe BTB

Neben den nachfolgenden Besonderen Bedingungen gelten die Vereinbarungen über die Versicherung im Basistarif Tarifstufe BTB mit einem Erstattungssatz von 30 Prozent und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif und Tarif BT (AVB/BT 2009), soweit sich aus diesen nachfolgenden Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Abschnitt A. Absatz 3 AVB/BT 2009 genannten Personen, bei denen der Versorgungsfall noch nicht eingetreten ist, die das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren Beihilfebemessungssatz sich mit Eintritt des Versorgungsfalls von 50 auf 70 Prozent erhöht.

1.2 Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach den Besonderen Bedingungen ist ein bestehender oder gleichzeitig abzuschließender Versicherungsvertrag im Basistarif, Tarifstufe BTB mit einem Erstattungssatz von 30 Prozent.

1.3 Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Vertragsabschluss, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten mitzuteilen.

2. Höhe der tariflichen Leistung

Es gilt ein Erstattungssatz von 20 Prozent.

3. Ende der Versicherung

3.1 Das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen endet unbeschadet des Abschnitts B. §§ 13 bis 15 AVB/BT 2009 mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 nicht mehr gegeben ist.

3.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit weg, weil sich bei Eintritt des Versorgungsfalls der Beihilfebemessungssatz nicht von 50 auf 70 Prozent erhöht, wird das Versicherungsverhältnis vom Beginn des Folgemonats an im Basistarif, Tarifstufe BTB mit einem Erstattungssatz von 50 Prozent fortgesetzt. Erworbene Rechte werden hierbei angerechnet. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz dürfen insgesamt 100 Prozent nicht überschreiten.

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 30 Minuten	5,12
II. Krankengymnastik	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage) als Einzelbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	16,29
003 Krankengymnastik in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	4,55
004 Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,56
005 Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	48,66
006 Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	17,88
007 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,22
008 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,06
009 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten je Patient	30,84
010 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	29,45
011 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	29,45
012 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
013 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
014 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	22,90
015 Manuelle Therapie – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	18,26
III. Bewegungstherapie	
016 Übungsbehandlung als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	6,75

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag EUR
017 Übungsbehandlung in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,55
018 Übungsbehandlung im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,25
019 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	13,56
020 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,09
021 Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	11,67
IV. Massagen	
022 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Klassische Massagetherapie (KMT) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	11,13
023 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	10,88
024 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Periost-, Colonmassage Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	10,87
025 Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	18,62
V. Manuelle Lymphdrainage	
026 Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung – Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	16,79 24,82 39,79 7,41
VI. Wärme- und Kältetherapie	
027 Heiße Rolle - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	8,02
028 Wampackung eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,06
029 Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	3,39
030 Ultraschall-Wärmetherapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,82
031 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	33,23
032 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	25,13
033 Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	7,17

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
VII. Elektrotherapie	
034 Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,69
035 Elektrostimulation bei Lähmungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	10,46
036 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	16,22
037 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,11
038 Kohlensäurebad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,92
039 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,92
040 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	15,92
VIII. Traktionsbehandlung	
041 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,83
IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie	
042 Standardisierte Heilmittelkombination Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	36,11
X. Sonstige Leistungen	
043 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,70
044 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,53
045 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	6,25
XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung	
046 Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	6,80
047 Rückbildungsgymnastik Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	6,80
XII. Logopädie	
048 Logopädische Erstbefundung (einmal je Behandlungsfall)	75,86
051 Logopädische Einzelbehandlung a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	29,46 40,52 50,18
052 Logopädische Gruppenbehandlung a) Gruppe mit bis zu 2 Patienten - Regelbehandlungszeit: 45 Minuten je Teilnehmer b) Gruppe mit bis 3 bis 5 Patienten - Regelbehandlungszeit: 45 Minuten je Teilnehmer c) Gruppe mit bis zu 2 Patienten - Regelbehandlungszeit: 90 Minuten je Teilnehmer d) Gruppe mit bis 3 bis 5 Patienten - Regelbehandlungszeit: 90 Minuten je Teilnehmer	36,54 22,95 66,05 40,06
XIII. Sonstige Leistungen	

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
053 Ärztlich verordneter Hausbesuch inkl. Wegegeld	13,02
057 oder Wegegeld je Kilometer	0,30
XIV. Ergotherapie	
058 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	28,18
059 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 30 bis 45 Minuten	10,76
060 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	37,03
061 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
062 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neurophysiologisch orientierte Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	31,18
063 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
064 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 bis 75 Minuten	47,33
065 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	86,51
066 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	25,61
067 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	47,42
068 Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	4,30
069 Ergotherapeutische temporäre Schiene – ohne Kostenvoranschlag	bis 150,00
070 Ergotherapeutische temporäre Schiene mit Kostenvoranschlag	
071 Ergotherapeutische Funktionsanalyse (einmal bei Behandlungsbeginn)	20,97
072 Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (einmal je Behandlungsfall) zzgl. Kilometergeld von 0,30 €	87,69
073 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,62
074 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	12,17
075 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,40
076 Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Position kann nur einmal in Verbindung mit der Nr. 072 berechnet werden)	0,30

X. Podologie

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
077 Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15
078 Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50
079 Nagelbearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,15
080 Nagelbearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 25 Minuten	17,40
081 Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,50
082 Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 bis 50 Minuten	28,50
083 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,80