

Tarifgruppe T (Top-Versicherungsschutz) **Ambulante und stationäre Krankheitskosten,** **Zahnbehandlung, Zahnersatz**

Für Versicherungsverhältnisse nach Tarifen der Tarifgruppe T gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AVB/KKV sowie das für die Tarifgruppe T gültige Hilfsmittelverzeichnis.

Erstattungsfähige Leistungen

Teil I: Top-Versicherungsschutz

A. Ambulante Heilbehandlung

A. I. Ärztliche Behandlungen

1. Aufwendungen für
 - ambulante Heilbehandlung,
 - ambulante Operationen,
 - ärztliche Wegegebühren,
 - Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen (siehe aber Nr. 4) und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

2. Aufwendungen für ambulante Operationen (ausgenommen zahn- und kieferchirurgische Operationen) sind bei Vorliegen einer entsprechenden wirksamen Honorarvereinbarung über die Operationsleistungen oberhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Versicherer hierfür vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.
Liegt keine solche Zusage des Versicherers vor, sind die Mehrkosten durch das Überschreiten der Höchstsätze bis zu einem Betrag von **10.000,- EUR** zu **80 %** und oberhalb dieses Betrages zu **100 %** erstattungsfähig.
Diese Regelung gilt nicht für Operationen in anderen als den in § 1 Ziff. 4 Satz 1 AVB/KKV genannten Staaten.
3. Für Versicherte ab dem vollendeten 45. Lebensjahr sind Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, auch wenn sie über den Umfang der gezielten Vorsorgeuntersuchungen hinausgehen (z. B. Check-up), bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **1.500 EUR** innerhalb eines Zeitraumes von 3 Kalenderjahren zu **100 %** erstattungsfähig.
4. Reiseschutzimpfungen nach den Empfehlungen der STIKO einschließlich Malariaprophylaxe sowie die entsprechenden Impfstoffe sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **200,- EUR** je Kalenderjahr zu **100 %** erstattungsfähig.
5. Aufwendungen für refraktive Hornhautchirurgie (z. B. LASIK) sind zu **100 %** erstattungsfähig. Werden diese Aufwendungen erstattet, besteht für die betreffende versicherte Person innerhalb der folgenden vier Jahre ab dem Zeitpunkt des Eingriffs kein Anspruch auf Sehhilfen (A. IX.).

A. II. Behandlungen durch Heilpraktiker

Aufwendungen für die im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannten Untersuchungen und Behandlungsmethoden - ausgenommen Psychotherapie - sind zu **100 %** erstattungsfähig.

A. III. Heilmittel

Als Heilmittel gelten ausschließlich: Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Aufwendungen für Heilmittel sind, soweit sie von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe verabreicht werden, bis zu den als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen gemäß der jeweils gültigen Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 der Beihilfavorschriften des Bundes (Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel) zu **100 %** erstattungsfähig.

A. IV. Naturheilverfahren sowie Behandlungen nach alternativen/komplementären Therapierichtungen durch Ärzte oder Heilpraktiker

Aufwendungen für Untersuchungen, Behandlungen sowie Heil- und Arzneimittel, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen genannt sind und von Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführt werden, sind zu **100 %** erstattungsfähig.

A. V. Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für

- Psychotherapie durch niedergelassene approbierte Ärzte,
- Verhaltenstherapie durch psychologische Psychotherapeuten,
- Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

A. VI. Sonderleistungen

1. Aufwendungen für ärztlich verordnete Ernährungsberatung durch Ärzte oder zertifizierte Ernährungsberater sind bis zu einem Betrag von **100,- EUR** innerhalb von 3 Kalenderjahren zu **100 %** erstattungsfähig.
2. Aufwendungen für das Training in einem Fitnessstudio innerhalb der ersten drei Monate nach Operationen an Wirbelsäule, Bändern oder Gelenken sind zu **80 %** erstattungsfähig.
3. Aufwendungen für Rückenschulkkurse sind bei entsprechender, ärztlich bestätigter Diagnose bis zu einem Betrag von **150,- EUR** innerhalb von 3 Kalenderjahren zu **100 %** erstattungsfähig.

A. VII. Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind zu **100 %** erstattungsfähig.

A. VIII. Hilfsmittel ohne Sehhilfen

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die im Hilfsmittelverzeichnis der Tarifgruppe T (Anlage) genannten Gegenstände. Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe der dortigen Festlegungen. Als Aufwendungen für Hilfsmittel gelten Anschaffungskosten, Miete, Reparaturkosten, nicht aber Betriebskosten.

Die Aufwendungen sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Rechnungsbetrag für das einzelne Hilfsmittel **1.000,- EUR** nicht überschreitet. Aufwendungen für die nach dem Hilfsmittelverzeichnis für die Tarifgruppe T (Anlage) betragsmäßig begrenzten Hilfsmittel sind bis zu dem dort jeweils genannten Betrag zu **100 %** erstattungsfähig.

Für selbst beschaffte, nicht betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen von über **1.000,- EUR** sind die Aufwendungen zu **80 %** erstattungsfähig.

Es kann vorab beim Versicherer beantragt werden, dass dieser das jeweilige Hilfsmittel entweder selbst oder über Dritte beschafft oder es leihweise unter Eigentumsvorbehalt zur Verfügung stellt. Macht der Versicherer hiervon keinen Gebrauch, so sind die Aufwendungen zu **100 %** erstattungsfähig.

Handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung, kann der Versicherer verlangen, dass seine Leistung nur im Austausch gegen das zu ersetzende Hilfsmittel zu erfolgen hat.

A. IX. Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen - dies sind Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen - sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000,- EUR** (Kostenanteil für Kontaktlinsen hiervon maximal **500,- EUR**) innerhalb von zwei Kalenderjahren zu **100 %** erstattungsfähig. Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

A. X. Häusliche Behandlungspflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verband- oder Katheterwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zu einer Dauer von sechs Monaten je Versicherungsfall in Höhe des Betrages, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, zu **100 %** erstattungsfähig, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Der Anspruch besteht nur, soweit nicht eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen kann und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

A. XI. Ambulante Rehabilitation

Aufwendungen für ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn eine ambulante Behandlung in der Praxis einer/s Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe nicht ausreicht, das medizinisch notwendige Behandlungsziel zu erreichen.

A. XII. Ambulante Kurbehandlung

Bei ambulanter Kurbehandlung sind Aufwendungen die unter I., III. und VII. bis zu **50,- EUR** täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen zu **100 %** erstattungsfähig.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmals nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauffolgenden Kalenderjahr nach der letzten Kurbehandlung.

A. XIII. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Ärzte

Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung sind zu **100 %** erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

A. XIV. Ambulante Fahrtkosten

1. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei

- Chemotherapien,
- Strahlentherapien,
- ambulanten Operationen,
- Unfällen

sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.

2. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei

- ambulanter Dialysebehandlung,
- nachoperativer Behandlung,
- sonstigen ambulanten Heilbehandlungen bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit

sind zu **100 %** erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

3. Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt.

An Stelle der angefallenen Kosten für Fahrten sind auf Wunsch des Anspruchsberechtigten ersatzweise 0,30 EUR je Wegekilometer erstattungsfähig.

B. Familienplanung, Schwangerschaft und Entbindung

B. I. Schwangerschaft und Entbindung

1. Aufwendungen für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren,
- Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch einen Arzt oder eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege (ohne hauswirtschaftliche Versorgung),
- Krankenhauskosten (gemäß D.I.) bei stationärer Entbindung
- Kosten für die Versorgung in einem Geburtshaus/Entbindungsheim

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

2. Aufwendungen für Schwangerschaftsgymnastik und Geburtsvorbereitung sind insgesamt bis zu einem Betrag von **150,- EUR** je Schwangerschaft erstattungsfähig.

3. Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sind bis zu einem Betrag von **150,- EUR** je Schwangerschaft erstattungsfähig.

B. II. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Bei Insemination und künstlicher Befruchtung sind die Aufwendungen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen an der versicherten Person entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu **50 %** erstattungsfähig. Voraussetzung hierfür ist, dass die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt wurde und

- a) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
- b) zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) ausschließlich Ei- und Spermien der Ehepartner verwendet werden,
- d) eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht; eine hinreichende Aussicht besteht insbesondere dann nicht mehr, wenn die betreffende Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Soweit die versicherte Person oder ihr Ehepartner gegen einen anderen Kostenträger Anspruch auf Kostenerstattung geltend machen kann, besteht kein Leistungsanspruch.

B. III. Empfängnisverhütung

Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisverhütung sind erstattungsfähig. Für versicherte weibliche Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung zu **100 %** erstattungsfähig.

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

C. I. Zahnärztliche Behandlung

1. Aufwendungen für

- prophylaktische Leistungen,
- dentinadhäsive Füllungen und sonstige konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen (Inlays)),

- zahn- und kieferchirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Röntgenuntersuchungen

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind bis zu **100,- EUR** pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

C. II. Zahnersatz

Aufwendungen für

- prothetische Leistungen,
- Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
- Einlagefüllungen (Inlays),
- Eingliederung von Aufbisshilfen,
- implantologische Leistungen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

einschließlich aller vorbereitenden Maßnahmen sind zu **90 %** erstattungsfähig.

C. III. Kieferorthopädische Behandlung

Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind zu **90 %** erstattungsfähig

C. IV. Summenbegrenzung

Soweit innerhalb der ersten drei Kalenderjahre Aufwendungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung nach II. und III. anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **3.000,- EUR** berücksichtigt. Die Summenbegrenzung von **3.000,- EUR** gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

D. Stationäre Heilbehandlung

D. I. Krankenhausbehandlung

1. Aufwendungen für

- medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
- gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer als Wahlleistung,
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung,
- Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings (bei Nachmeldung gem. § 2 Ziff. 2 AVB/KKV)

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

2. Aufwendungen für Operationen (ausgenommen zahn- und kieferchirurgische Operationen) sind bei Vorliegen einer entsprechenden wirksamen Honorarvereinbarung über die Operationsleistungen oberhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Versicherer hierfür vorab eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Liegt keine solche Zusage des Versicherers vor, sind die Mehrkosten durch das Überschreiten der Höchstsätze bis zu einem Betrag von **10.000,- EUR** zu **80 %** und oberhalb dieses Betrages zu **100 %** erstattungsfähig.

Diese Regelung gilt nicht für Operationen in anderen als den in § 1 Ziff. 4 Satz 1 AVB/KKV genannten Staaten.

3. Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte durch zugelassene Rettungsdienste zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu 100 km sind zu **100 %** erstattungsfähig. Wenn und soweit der Transport zur Abwendung eines akut lebensbedrohlichen Zustands erforderlich ist, sind Aufwendungen für einen Transport darüber hinaus zum nächsten geeigneten Krankenhaus zu **100 %** erstattungsfähig.

D. II. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für

- medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
- gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer als Wahlleistung,
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung

zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Versicherer hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.

D. III. Stationäre Kuren, Sanatoriumsbehandlungen

Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind die Aufwendungen bis zu **50,- EUR** täglich und bis zu einer Dauer von 28 Tagen erstattungsfähig.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmalig nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr nach dem letzten Kuraufenthalt.

D. IV. Ersatzkrankenhaustagegeld

Werden die in I. genannten Wahlleistungen nicht in Anspruch genommen, leistet der Versicherer in folgendem Umfang Ersatzkrankenhaustagegeld bis zu einer Dauer von 28 Tagen je Kalenderjahr:

Werden keine gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person bis Alter 20 Jahre für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **50,- EUR** und ab Alter 21 Jahre für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **100,- EUR**.

Wird keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **35,- EUR**.

E. Ausdehnung des Versicherungsschutzes

Im Top-Versicherungsschutz wird bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten in anderen als in § 1 Ziff. 4 Satz 1 AVB/KKV genannten Staaten über den in § 1 Ziff. 4 Satz 3 AVB/KKV genannten Zeitraum hinaus bis zu 12 Monaten Versicherungsschutz gewährt. Für die USA gilt dies nur gegen Zahlung eines gesondert vereinbarten Beitragszuschlags (Risikozuschlags). Dem Versicherer ist der Beginn und die Dauer des gewünschten Versicherungsschutzes in den USA vor Abreise schriftlich anzuzeigen.

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Ausdehnung des Versicherungsschutzes über den in § 1 Ziff. 4 Satz 3 AVB/KKV genannten Zeitraum hinaus auf 12 Monate auch Aufwendungen abzüglich eines Eigenanteils von 1.200,- EUR, die durch die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports der versicherten Person (nicht einer Begleitperson) in die Bundesrepublik Deutschland entstehen

- wenn auf Grund der Erkrankung eine ausreichende medizinische Versorgung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend in Deutschland stationär weiterbehandelt wird oder
- wenn die versicherte Person stationär im Ausland in einem Krankenhaus aufgenommen wurde und nach Prognose des dort behandelnden Arztes die stationäre Heilbehandlung noch mindestens 14 Tage nach dem Tag des Rücktransports medizinisch notwendig ist, die versicherte Person auch in Deutschland stationär weiterbehandelt wird und die voraussichtlichen Kosten der weiteren stationären Krankenhausbehandlung im Ausland nach dem Rücktransporttermin die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

Teil II: Allgemeiner Ergänzungsschutz

Der allgemeine Ergänzungsschutz ergibt sich aus dem Leistungsversprechen des brancheneinheitlichen Basistarifs gem. § 20 AVB/KKV.

Dieser Leistungsumfang kann sich während der Vertragslaufzeit insoweit ändern, als Änderungen im Leistungsumfang des Basistarifs, der weitgehend dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entspricht, erfolgen. Maßgeblich ist der Leistungsumfang des Basistarifs zum Zeitpunkt der jeweiligen Behandlung.

Sieht der Basistarif in den nachstehend aufgeführten Bereichen (gemäß Tarif BT) Leistungen vor, die über den Top-Versicherungsschutz hinaus gehen, sind diese Mehrleistungen unter den Leistungsvoraussetzungen sowie nach Art, Umfang und Höhe des Basistarifs erstattungsfähig, wobei Selbstbehalte und Rechnungshöchstbeträge, die in Teil I: Top-Versicherungsschutz vereinbart sind, berücksichtigt werden. Etwaige Zuzahlungen und Selbstbehalte des Basistarifs bleiben unberücksichtigt:

- A. Ambulante Heilbehandlung
 - 1. Ärztliche Behandlung
 - 2. Psychotherapie
 - 4. Soziotherapie
 - 6. Haushaltshilfe bei
 - a) Krankenhausbehandlung
 - b) Anschlussheilbehandlung
 - f) Schwangerschaft und Entbindung
 - g) häuslicher Krankenpflege
 - 7. Arznei- und Verbandmittel
 - 8. Heilmittel
 - 9. Hilfsmittel
 - 11. Ambulante Rehabilitation
 - 13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 - 14. Fahrtkosten
- B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3a) MB/BT
 - 1. Schwangerschaft und Entbindung
 - 2. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft
 - 3. Empfängnisverhütung
 - 4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie
 - 1. Zahnärztliche Behandlung
 - 2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen
- D. Stationäre Heilbehandlung
 - 1. Krankenhausbehandlung
 - 6. Stationäre Hospizbehandlung

Tariflicher Leistungsumfang

Die erstattungsfähigen Leistungen werden – soweit vereinbart - um Selbstbehalte gekürzt.

Innerhalb der Tarifgruppe T sind Tarife mit unterschiedlichen Selbstbehalten zusammengefasst. Der tarifliche Leistungsumfang für den jeweils abgeschlossenen Tarif ergibt sich aus den nachstehenden Tabellen:

Absolute Selbstbehalte

Tarif	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Männer	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Frauen	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR bis Alter 20
T	ohne	ohne	ohne
T2	620,-	640,-	320,-
T4	1.240,-	1.280,-	640,-

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten absoluten Selbstbehalt gekürzt.

Prozentuale Selbstbehalte

Tarif	Selbstbehalt in Prozent	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Männer	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Frauen	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR bis Alter 20
TP4	20	1.240,-	1.280,-	1.280,-
TP8	20	2.480,-	2.560,-	2.560,-

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten prozentualen Selbstbehalt gekürzt, bis der jeweilige maximale Selbstbehalt erreicht ist.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Die Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.

Hilfsmittelverzeichnis für Tarifgruppe T

A. Lebenserhaltende Hilfsmittel und Geräte zur Überwachung von Körperfunktionen:

1. Beatmungsgeräte bei Ausfall der Lungenfunktion
2. Blutdruckmessgeräte
jeweils in funktionaler Standardausführung sowie
3. Absauggeräte
4. Atemüberwachungsmonitore
5. Gerinnungsmonitore
6. Heimdialysegeräte
7. Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Insulinpumpen
8. Sauerstoffkonzentratoren, Sauerstoffgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung
9. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Pulsoximeter

B. Prothesen / Körperersatzstücke:

1. Prothesen (bis zu einem Rechnungsbetrag von **10.000,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
2. Epithesen
3. Kunststauge
4. Orthesen
5. Haarsersatz bei entstellenden Unfall- und Operationsnarben, sowie Haarausfall als Bestrahlungsfolge (bis zu einem Rechnungsbetrag von **500,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)

C. Krankenfahrstühle:

1. Handbetriebene Krankenfahrstühle
2. Rollstühle

Aufwendungen für handbetriebene Krankenfahrstühle und Rollstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.000,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren erstattungsfähig.

D. Orthopädische Hilfsmittel:

1. Geh- und Stützapparate
2. Orthopädische Einlagen/Schuhausgleich/Absatzerhöhung/Fersenkissen
3. Orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate
4. Orthopädische Schuhe (auch paarweise; abzüglich eines Eigenanteils von **150,- EUR**)
5. Orthopädische Sitz- und Liegeschalen
6. Orthopädische Schienen, Bewegungsschienen
jeweils in funktionaler Standardausführung

E. Sonstige Hilfsmittel:

1. Inhalationsgeräte
2. Leibbinden, Bandagen, Bruchbänder
3. Rollatoren
4. TENS-Gerät
jeweils in funktionaler Standardausführung sowie
5. Blindenhund
6. Blindenstock
7. elektronischer Kehlkopf
8. Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe 2 Paar je Kalenderjahr
9. Hörgeräte/Hörsysteme (bis zu einem Rechnungsbetrag von **3.000,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
10. Milchpumpe (ausschließlich Mietkosten)
11. Stoma-Versorgungsartikel
12. Tracheostoma-Versorgungsartikel
13. Wechseldruckmatratzen/-Systeme, Antidekubitusmatratze

Für die oben genannten Hilfsmittel - ausgenommen betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel sowie Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsmaterialien/Einweghilfsmittel - besteht pro Kalenderjahr nur für einen Anschaffungs- oder Reparaturfall ein Leistungsanspruch.

Sehhilfen werden entsprechend den in den jeweiligen Tarifen genannten Regelungen erstattet.