

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II bis IV Basistarif Spezial für Beihilfeberechtigte

Tarif BSB

- Stand: 1. Januar 2024 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen

Nr. 1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Aufnahmefähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Richter, Soldaten, Angestellten und Arbeiter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der kommunalen Verbände und der Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen, sofern sie ihren Wohnsitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Beitrittsgebiet) haben.

(2) Nach Tarifstufe BSB30 + BSB20 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30 % durch Umstellung in die Tarifstufe BSB30. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Tarifstufe BSB30 + BSB20 die Tarifstufe BSB50 zu wählen.

Sollte die Umstellung in die Tarifstufe BSB30 mit dem Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe BSB50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

(3) Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrags von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 (Neugeborene) bleibt unberührt.

Nr. 2 Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009)

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

Nr. 3 Wartezeiten (zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009)

(1) Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

Nr. 4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009)

Der Versicherer leistet neben palliativärztlichen Leistungen auch für

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

Nr. 5 Definitionen (zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009)

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwasser und Badezusätze.

(2) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsriegelgeschalen, Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Nr. 6 Medizinische Versorgungszentren (zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009)

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

Nr. 7 Beitragsrückerstattung (zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) ist jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten (BBA) versicherte Person teilnahmeberechtigt, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstabe a bis c erfüllt.

a) **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt.

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

*Vollbeiträge sind nicht: Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge

c) **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig* oder nach den BBA bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres wegen Pflichtversicherung oder Tod geändert oder beendet.

(2) Teilnahmeberechtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte für nicht ganzjährig versicherte Zeiten
- der Vereinbarung der BBA oder
- der erstmaligen Vollbeitragspflicht* in einem Tarif mit BRE,

wenn für diese Zeiträume keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt wurden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Buchstabe b und c erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

*Vollbeiträge sind nicht: Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge

Nr. 8 Einschränkung der Leistungspflicht (zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009)

§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

Nr. 9 Kurortsklausel (zu § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009)

Für ambulante Heilbehandlung – nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gezahlt.

Nr. 10 Nachweise (zu § 6 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009)

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Leistungserbringer vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

(3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(4) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(5) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.

Nr. 11 Kosten (zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 12 Wechselkurs (zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009)

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktu-

ellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Nr. 13 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen (zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 14 Eintrittsalter (zu § 8 a MB/KK 2009)

(1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr.

(2) Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres den niedrigsten Erwachsenenbeitrag.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 15 Meldung einer Krankenhausbehandlung (zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 16 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode (zu § 13 MB/KK 2009)

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. 12. des gleichen Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

Nr. 17 Vertragstrennung durch versicherte Personen (zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

Nr. 18 Mitgabe des Übertragungswertes (zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009)

Für Versicherte mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag besteht das Recht, innerhalb des Unternehmens aus einem Tarif ohne kalkulierten Übertragungswert in diesen Tarif „mit kalkuliertem Übertragungswert“ oder „ohne kalkulierten Übertragungswert“ zu wechseln. Hierfür müssen die Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein.

Für Versicherte, die nach Satz 1 in einen Tarif mit kalkuliertem Übertragungswert gewechselt sind, gilt bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

Nr. 19 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes (zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009)

Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

Nr. 20 Anpassungsvorschriften (zu § 8 b MB/KK 2009)

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des

Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Nr. 21 Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats, in dem die Änderung eintritt, an.

Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Nr. 22 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich

Teil III Tarif

Nr. 1 Leistungen des Versicherers

Aufwendungen gemäß Abs. 1 bis 4 erstattet der Versicherer mit folgenden Prozentsätzen:

<u>Tarifstufe</u>	<u>Erstattungssatz</u>
BSB30 + BSB20	50%
BSB50	50%
BSB30	30%
BSB20	20%
BSB10	10%

Anmerkung zum tariflichen Leistungsrahmen der Abs. 1 a, b, d, 2, 4 a, b, c und 5

Für die dort genannten Gebührensätze sind maßgeblich die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. 1996 I S. 210), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. 1987 I S. 2316 ff.), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. 2000 I S. 818).

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ausnahme: Die ärztlichen Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen

zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 23 Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

(1) Für Personen in der Berufsausbildung, die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten, sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz können diese Besonderen Bedingungen vereinbart werden, für Schüler und Studenten jedoch erst nach Vollendung des 20. Lebensjahres.

(2) Es gelten die Beiträge der Tarifstufen mit angehängtem A.

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

(4) Zur Berechnung der Beiträge bei Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen A gilt als tarifliches Lebensalter bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauffolgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag zu zahlen.

(5) Mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung endet, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 34. Lebensjahres folgt, fallen diese Besonderen Bedingungen für alle versicherten Personen weg; der Beitrag richtet sich nach dem erreichten tariflichen Alter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr). Das Gleiche gilt, wenn die Berufsausbildung vorzeitig aufgegeben oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird, sowie für den mitversicherten Ehegatten oder den mitversicherten Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, wenn dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

(6) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen gemäß (5) dem Versicherer innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

Satz, die nach GOÄ-Abschnitt M und GOÄ Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet. Außerdem werden Aufwendungen für Hebammen erstattet.

b) Nichtärztlicher Psychologe, Heilpraktiker

Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen durch einen in eigener Praxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind bis zum 2,3fachen Satz auf der Grundlage der GOP in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig. Für psychotherapeutische Behandlungen durch andere nichtärztliche Psychologen, die nicht unter Leitung eines Arztes tätig werden, besteht kein Anspruch.

Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattet werden Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag bis zu 11 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit für ein Hilfsmittel mehr als 300 EUR aufgewandt werden, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren erstattet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

d) Schutzimpfungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes

empfohlen werden. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden.

Für die in diesem Zusammenhang erbrachten ärztlichen Leistungen gelten die Bestimmungen des Abs. 1 a. Für verordnete Impfstoffe gelten die Bestimmungen des Abs. 1 c für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

(2) Stationäre Behandlung

Erstattet werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht Leistungen, die gesondert wählbar und zusätzlich berechenbar sind.

Die Aufwendungen für einen Belegarzt sind entsprechend Absatz 1a bis zum 2,3fachen, 1,8fachen bzw. 1,15fachen Satz der GOÄ erstattungsfähig. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

(3) Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden die 10 EUR je Fahrt übersteigenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

(4) Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum 1,8fachen Satz bei Leistungen aus den Abschnitten A, E und O der GOÄ bzw. bis zum 1,15fachen Satz bei Leistungen aus GOÄ-Abschnitt M und nach GOÄ Nr. 437.

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum 2,3fachen Satz der GOZ.

c) Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum 2,3fachen Satz der GOZ. Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ berechnen kann, sind bis zum 1,8fachen Satz (GOÄ-Abschnitte A, E und O) bzw. bis zum 1,15fachen Satz (GOÄ-Abschnitt M und GOÄ Nr. 437) erstattungsfähig.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborleistungen für Prothetik (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gussfüllungen.

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind, werden erstattet.

Im Rahmen von Abs. 4 sind in den ersten 12 Monaten höchstens 500 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.000 EUR erstattungsfähig.

(5) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen nach Abs. 1 für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt II Nr. 4).

b) Stationäre Hospizleistungen

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

Nr. 2 Beiträge

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

Teil IV Besondere Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung

1. Gegenstand der Vereinbarung

Mit den Besonderen Bedingungen M kann der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person eine modifizierte Beitragszahlung vereinbaren und dadurch eine Beitragssenkung im Alter erreichen.

Der Versicherungsnehmer hat für die gesamte Dauer der Versicherung einen zusätzlichen Beitragsanteil zu entrichten.

Für versicherte Personen kann der Versicherungsnehmer folgende Varianten vereinbaren:

- BSBM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- BSBM67: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der Tarifname BSB um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/“ und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, z. B. Tarif BSB mit 50 EUR Beitragssenkung: „BSBM65/50“ bzw. „BSBM67/50“.

2. Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen für die modifizierte Beitragszahlung können nach Vollendung des 20. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der zu versichernden Person vereinbart werden.

3. Umfang der Beitragssenkung

Der Versicherungsnehmer kann den Umfang der Beitragssenkung in Vielfachen von 5 EUR vereinbaren. Bei In-Kraft-Treten der Beitragssenkung darf ein Mindestbeitrag von 50 % des dann gültigen niedrigsten Beitrags für Vollbeitragspflichtige ohne Vereinbarung der Besonderen Bedingungen M nicht unterschritten werden. Ist dadurch eine Beitragssenkung in vereinbartem Umfang nicht vollständig möglich, so werden die nicht beitragsenkend angerechneten Teile der Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach Maßgabe der geltenden Bedingungen für zukünftige Beitragsermäßigungen gutgeschrieben.

Für versicherte Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, kann der Versicherungsnehmer eine (vorgezogene) Beitragssenkung beantragen. Dadurch fällt die Beitragssenkung niedriger aus, als ursprünglich vereinbart. Die Höhe ergibt sich aus den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen.

4. Planmäßige Erhöhung

Alle drei Jahre wird der Umfang der Beitragssenkung jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % erhöht (aufgerundet auf ein Vielfaches von 5 EUR), sofern die versicherte Person das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der hierfür zu entrichtende Mehrbeitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

Die durch diese Erhöhungen hinzukommenden Beträge zur Beitragssenkung bleiben von den weiteren planmäßigen Erhöhungen des Umfangs der Beitragssenkung ausgenommen.

Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht zahlt.

5. Beitragsanpassung

Die Bestimmungen der Musterbedingungen (MB/KK 2009) nebst den Tarifbestimmungen zur Beitragsberechnung und -anpassung gelten auch für den modifizierten Beitrag.

6. Kündigung der Besonderen Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung

Kündigt der Versicherungsnehmer die Besonderen Bedingungen M und besteht für die versicherte Person ein Krankheitskostentarif mit Alterungsrückstellungen bei der Debeka, wird diesem die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach Maßgabe der geltenden Bedingungen gutgeschrieben. Ansonsten ergeben sich für den Versicherungsnehmer bei Kündigung keinerlei Rechte und Ansprüche aus den Besonderen Bedingungen M.