

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarife P und Z mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Oktober 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten gemäß § 8 MB/KK 2009) Tarife P und Z

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

II. Versicherungsleistungen Tarif P

Mit den vereinbarten Prozentsätzen (siehe Leistungstabelle) werden Aufwendungen erstattet für:

A. Ambulante Krankenhilfe

1. Ärztliche Beratungen, Besuche sowie ärztliche Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2 b) MB/KK 2009, Sonderleistungen, Operationen, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie und vom nächstwohnenden Arzt berechnete Wegegebühren (vgl. Anmerkung zu A., B. und G.)

2. Schutzimpfungen

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

3. Arzneien (einschließlich Harn- und Blutteststreifen) und Verbandmittel

4. Heilmittel (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen sowie sonstige physikalische Therapie)

Zugrunde gelegt werden Aufwendungen bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.

5. Bis zu 20 durch einen Arzt oder einen in eigener Praxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr

Aufwendungen für weitere Behandlungen durch einen Arzt oder einen in eigener Praxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden mit dem halben vereinbarten Prozentsatz erstattet (vgl. Anmerkung zu A., B. und G.)

6. Leistungen durch Heilpraktiker (insbesondere Beratungen und Untersuchungen)

Für psychotherapeutische Behandlung durch einen Heilpraktiker gilt die Leistungsbegrenzung nach Nummer 5 entsprechend.

7. Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)

8. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation.

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

9. Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit

10. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

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

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

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

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

11. HIV-Präexpositionsprophylaxe

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

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

11.2 Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexposition prophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Versicherte haben nach Beratung Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexposition prophylaxe nach Nummer 3.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

1. Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG)

Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der niedrigsten Pflegeklasse einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten. (vgl. Anmerkung zu A., B. und G.)

2. Wahlleistungen

Als solche gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung. (vgl. Anmerkung zu A., B. und G.)

Bei Wahl eines Einbettzimmers besteht Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären.

Werden ausschließlich Allgemeine Krankenhausleistungen nach Nummer 1 in Anspruch genommen, wird zusätzlich ein Krankentagegeld gemäß Leistungstabelle gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankentagegeld gezahlt.

Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gilt als Wahlleistung der Unterschiedsbetrag zwischen dem niedrigsten und dem nächsthöheren Pflegesatz.

3. Leistungen der Belegärzte

4. Medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus

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

C. Entbindungen

1. Für häusliche Entbindungen gilt A.

2. Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt B.

Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger werden mit den gleichen Prozentsätzen erstattet. Dazu gehören auch digitale Anwendungen nach Buchstabe A Nr. 10. Eine ärztliche Verordnung bei Schwangerschaft und Entbindung ist keine zwingende Voraussetzung.

D. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Konservierende und technische Zahnbehandlung, prothetische Leistungen, operative zahnärztliche Eingriffe einschließlich Vor- und Nachbehandlung, konservative Behandlung von Parodontose, Peri-

ostitis und Mundfäule einschließlich Strahlendiagnostik, je versicherte Person im Kalenderjahr jedoch nicht mehr als der Betrag gemäß Leistungstabelle.

Zur Versicherung der diesen Jahreshöchstsatz übersteigenden Aufwendungen kann der Zahnkosten-Zusatztarif Z beantragt werden.

E. Hilfsmittel

Brillen und Kontaktlinsen (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR), Geh- und Stützapparate einschließlich Liegeschalen, Nachtschienen, Körperersatzstücke, Krankenfahrräder bis zu einem Rechnungsbetrag von 620 EUR, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, orthopädische Leibbänder, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, künstliche Augen, Hörgeräte, elektronischer Kehlkopf.

Aufwendungen für Hilfsmittel aus derselben Gruppe (z. B. Brillen) werden für das Kalenderjahr nur einmal erstattet.

F. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Arzt- und Kurmittelaufwendungen bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder ärztlich verordnete Sanatoriumsbehandlung innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren bis zu vier Wochen. Je Tag werden Aufwendungen bis zu dem Betrag gemäß Leistungstabelle erstattet.

Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur bzw. Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

G. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

1. Der Versicherer erstattet Aufwendungen nach Buchstabe A für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt III Nr. 8.5).

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

Anmerkung zu A., B. und G.

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche ärztlichen Leistungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.

Nicht erstattet werden von der GOÄ abweichende Vergütungen (z. B. fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche Heilpraktikerleistungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.

Nicht erstattet werden Vergütungen, die die Sätze des GebÜH überschreiten.

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

Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

II. Versicherungsleistungen Tarif Z

1. Mit den vereinbarten Prozentsätzen (siehe Leistungstabelle) werden den Aufwendungen erstattet für:

- a) Konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen
- b) Prothetische Leistungen (Kronen, Brücken sowie Veneers und Zahnersatz)
- c) Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- d) Zahnärztliche Strahlendiagnostik
- e) Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)
- f) Zahnärztliche prophylaktische Leistungen
- g) Nach der GOZ besonders berechnete zahntechnische Leistungen

Versicherungsleistungen aus der zugehörigen Hauptversicherung nach Abschnitt III Nr. 1 für vorgenannte zahnärztliche Verrichtungen werden auf die Erstattungen gemäß a) – g) angerechnet.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche Leistungen, die in den Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ und GOÄ) in den jeweils gültigen Fassungen aufgeführt sind.

Nicht erstattet werden von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (z. B. fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen.

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und Heil- und Kostenpläne werden im Rahmen der Höchstsätze für die nach Nummer 1 a) – e) erstattungsfähigen Leistungen miterstattet.

III. Tarifbedingungen Tarife P und Z

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähig nach Tarif P 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, wenn sie nach ihrem Gesundheitszustand versicherungsfähig sind.

1.2 Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif Z ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach Tarif P mit einem bezüglich der Zahnleistungen gleichhohen Erstattungsprozentsatz (Hauptversicherung). Der Vorstand kann Ausnahmen zulassen.

1.3 Für Personen mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften kann die Tarifstufe P/Z30 + P/Z20 versichert werden.

1.4 Nach Tarifstufe P/Z30 + P/Z20 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 P/Z30. 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 P/Z30 + P/Z20 die Tarifstufe P/Z30 + P/Z20L zu wählen. Sollte die Umstellung in die Tarifstufe P/Z30 mit dem Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%-iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe P/Z30 + P/Z20L unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

1.5 Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

2 Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Abschluss oder Änderung der Versicherung – auch bei Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom

darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Ist das Kind bei Vollendung des 20. Lebensjahres im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils nicht berücksichtigungsfähig, wird vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Beitrag für Vollbeitragspflichtige erhoben.

Der Beitrag für Kinder wird weiterhin erhoben, wenn und solange das Kind nach Vollendung des 20. Lebensjahres im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils berücksichtigungsfähig ist, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Diese Frist verlängert sich ggf. um den in § 2 Abs. 3 Bundeskindergeldgesetz vorgesehenen Verlängerungszeitraum (z. B. wegen Grundwehr- und Zivildienst). Die Tarifbezeichnung wird um den Zusatz „K“ ergänzt. Entfallen die in Nummer 2.2 Satz 4 und 5 genannten Voraussetzungen, ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag für Vollbeitragspflichtige nach dem erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr) zu zahlen.

3 Freiwillige Leistungen

Für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen, die in der GOÄ oder GOZ nicht aufgeführt sind, können freiwillige Leistungen gezahlt werden.

4 Leistungsanpassung

4.1 Die Tarife sichern durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten sind oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten erhoben werden.

4.2 Betragsmäßige Leistungsbegrenzungen können der Kostenentwicklung angepasst werden, sobald Beitragsänderungen (Nummer 8.11) in Kraft treten. Die Änderung einzelner Tarifbestimmungen ist mit Zustimmung des Treuhänders zulässig, wenn die Kostenentwicklung dies im Interesse der Versicherten angezeigt erscheinen lässt.

5 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.

6 Beitragsrückerstattung

6.1 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 Nr. 6.1.1 bis 6.1.3 erfüllt.

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

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

6.1.3 **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.

6.2 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 der Nr. 6.1.2 und 6.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

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

7 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

8 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

8.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.

8.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

8.3 Zu §§ 2 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt in eine höhere Tarifstufe wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten mit der in Nummer 5 vorgesehenen Ausnahme entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

8.4 Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009: Wartezeiten

Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

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

8.6 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren

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.

8.7 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel

Als Arzneien gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badesubstanzen.

8.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht

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

8.9 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein.

8.10 Zu §§ 8 Abs. 1 und 5, 13 Abs. 1 und 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

8.11 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so 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.

- 8.12 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes
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.

- 8.13 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes
Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

9 Ende der Versicherung

Unbeschadet der §§ 13 - 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif Z mit Beendigung der Hauptversicherung.

IV. Besondere Bedingungen W für die stationäre Krankenhausbehandlung (Wegfall von Wahlleistungen) Tarif P

Bei Vereinbarung der „Besonderen Bedingungen W für die stationäre Krankenhausbehandlung (Wegfall von Wahlleistungen)“ gilt anstelle der Bestimmungen zur Kostenerstattung bei Krankenhausbehandlung gemäß Abschnitt II B. AVB/Teil II Folgendes:

Mit dem vereinbarten Prozentsatz gemäß Leistungstabelle werden bei stationärer Krankenhausbehandlung die Aufwendungen für:

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes
Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der niedrigsten Pflegeklasse einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten.

b) Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger (vgl. Abschnitt II Anmerkungen zu A., B. und G.)

c) medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus

erstattet.

Aufwendungen für Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft, privatärztliche Behandlung) sind nicht erstattungsfähig; ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „W“ ergänzt.

V. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten Tarife P und Z

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

2. Versicherungsleistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden nicht gezahlt.

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 darauf folgenden 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 39. 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.

Für versicherte Personen, bei denen im Tarif P durch Vereinbarung der Besonderen Bedingungen W die Wahlleistungen von der Erstattung ausgeschlossen sind, kann der Versicherungsnehmer beantragen, diese Leistungen im Tarif P nach Wegfall der Besonderen Bedingungen A einzuschließen. Gleichzeitig kann er für versicherte Personen, deren Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nicht beihilfefähig sind, auch den Abschluss der erforderlichen Tarifstufe des Tarifs WK zum Ausgleich der fehlenden Beihilfeleistung beantragen. Für beide Leistungserweiterungen gilt Folgendes:

a) Bei Antragstellung innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Besonderen Bedingungen A nimmt der Versicherer die Leistungserweiterungen noch rückwirkend zum 1. des Monats vor, der auf den Wegfall der Besonderen Bedingungen A nach Satz 1 folgt. Eine erneute Risikoprüfung entfällt; erneute Wartezeiten sind nicht abzuleisten.

b) Bei nicht fristgemäßem Antrag nimmt der Versicherer die Leistungserweiterungen zum 1. des Monats vor, der auf den Eingang des Antrags folgt. Für die Leistungserweiterungen kann der Versicherer einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

6. Das Mitglied ist verpflichtet, die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen (Nummer 5 Satz 1 und 2) dem Verein innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

7. Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „A“ ergänzt.

VI. Besondere Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung Tarif P

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:

- PM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- PM67: 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 P um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/“ und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, z. B. Tarif P mit 50 EUR Beitragssenkung: „PM65/50“ bzw. „PM67/50“.

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.

Leistungstabelle

Tarifstufe	Ambulant s. II. A* s. II. G. Nr. 1*	Stationär s. II. B* s. II. G. Nr. 2*	Kranken- haus- tagegeld s. II. B. 2*	Zahnbehandlung, Zahn- ersatz, Kieferorthopädie s. II. D* (Tarif P)/II. 1 (Tarif Z)*		Hilfsmittel s. II. E*	Kur- u. Sa- natoriums- behand- lung s. II. F*/**	Tarifstufe
				Erstattungs- satz	Jahreshöchst- satz			
P30 + P20***	50 %	50 %	20,00 EUR	50 %	100,00 EUR	50 %	11,00 EUR	P30 + P20***
P50	50 %	50 %	20,00 EUR	50 %	100,00 EUR	50 %	11,00 EUR	P50
P50/40	50 %	40 %	16,00 EUR	50 %	100,00 EUR	50 %	11,00 EUR	P50/40
P50/35	50 %	35 %	14,00 EUR	50 %	100,00 EUR	50 %	11,00 EUR	P50/35
P50/20	50 %	20 %	8,00 EUR	50 %	100,00 EUR	50 %	11,00 EUR	P50/20
P45	45 %	45 %	18,00 EUR	45 %	90,00 EUR	45 %	9,90 EUR	P45
P45/30	45 %	30 %	12,00 EUR	45 %	90,00 EUR	45 %	9,90 EUR	P45/30
P45/20	45 %	20 %	8,00 EUR	45 %	90,00 EUR	45 %	9,90 EUR	P45/20
P40	40 %	40 %	16,00 EUR	40 %	80,00 EUR	40 %	8,80 EUR	P40
P40/25	40 %	25 %	10,00 EUR	40 %	80,00 EUR	40 %	8,80 EUR	P40/25
P40/20	40 %	20 %	8,00 EUR	40 %	80,00 EUR	40 %	8,80 EUR	P40/20
P35	35 %	35 %	14,00 EUR	35 %	70,00 EUR	35 %	7,70 EUR	P35
P35/20	35 %	20 %	8,00 EUR	35 %	70,00 EUR	35 %	7,70 EUR	P35/20
P30	30 %	30 %	12,00 EUR	30 %	60,00 EUR	30 %	6,60 EUR	P30
P30/20	30 %	20 %	8,00 EUR	30 %	60,00 EUR	30 %	6,60 EUR	P30/20
P30/15	30 %	15 %	6,00 EUR	30 %	60,00 EUR	30 %	6,60 EUR	P30/15
P25	25 %	25 %	10,00 EUR	25 %	50,00 EUR	25 %	5,50 EUR	P25
P25/15	25 %	15 %	6,00 EUR	25 %	50,00 EUR	25 %	5,50 EUR	P25/15
P25/10	25 %	10 %	4,00 EUR	25 %	50,00 EUR	25 %	5,50 EUR	P25/10
P20 u. P20L	20 %	20 %	8,00 EUR	20 %	40,00 EUR	20 %	4,40 EUR	P20 u. P20L
P20/15	20 %	15 %	6,00 EUR	20 %	40,00 EUR	20 %	4,40 EUR	P20/15
P20/10	20 %	10 %	4,00 EUR	20 %	40,00 EUR	20 %	4,40 EUR	P20/10
P20/5	20 %	5 %	2,00 EUR	20 %	40,00 EUR	20 %	4,40 EUR	P20/5
P15	15 %	15 %	6,00 EUR	15 %	30,00 EUR	15 %	3,30 EUR	P15
P10	10 %	10 %	4,00 EUR	10 %	20,00 EUR	10 %	2,20 EUR	P10
Z30 + Z20***	-	-	-	50 %	ohne	-	-	Z30 + Z20***
Z50	-	-	-	50 %	ohne	-	-	Z50
Z45	-	-	-	45 %	ohne	-	-	Z45
Z40	-	-	-	40 %	ohne	-	-	Z40
Z35	-	-	-	35 %	ohne	-	-	Z35
Z30	-	-	-	30 %	ohne	-	-	Z30
Z25	-	-	-	25 %	ohne	-	-	Z25
Z20 u. Z20L	-	-	-	20 %	ohne	-	-	Z20 u. Z20L
Z15	-	-	-	15 %	ohne	-	-	Z15
Z10	-	-	-	10 %	ohne	-	-	Z10

* Bezeichnet ist der jeweilige Abschnitt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II.

** Solange die Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten gelten, entfallen Leistungen nach Abschnitt II. F.

*** Nur für Personen mit einem Beihilfeanspruch nach den Beihilfevorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften.