

## BSS Basistarif Spezial

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen Stand: 01.01.2013

Nr. 1 Aufnahmefähigkeit (zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschl. Berlin (Ost) haben.

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

Nr. 2 Versicherungsfall (zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2009)

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gilt auch die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

Nr. 3 Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland (zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009)

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Nr. 4 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz (zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009)

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

Nr. 5 Neugeborenenennachversicherung (zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009)

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen

Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Nr. 6 Erlass der Wartezeiten (zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009)

Die Wartezeiten entfallen.

Nr. 7 Definitionen (zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009)

(1) In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum

(MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)\* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn

die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

\* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

– 2 –

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

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

(4) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliesgeschalen,

Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrräder, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Nr. 8 Beitragsrückerstattung (zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Das zuständige Organ entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie welche Tarife an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

a) die betreffende Versicherung während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,

b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,

c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

Nr. 9 Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten (zu § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009)

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung

in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

Nr. 10 Nachweise (zu § 6 Abs. 1, 2 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 nach 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.

Arzneimittelrechnungen

von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

– 3 –

(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.

(6) Die Zahlung an den Überbringer oder Übersender von Nachweisen befreit den Versicherer nicht von seiner Leistungspflicht, wenn ihm begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt 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 Umrechnung ausländischer Währung (zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009)

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen

der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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 § 8a MB/KK 2009)

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages 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) Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt der Änderung kündigen.

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

Nr. 15 (entfallen)

Nr. 16 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. 17 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode (zu § 13 MB/KK 2009)

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des gleichen Kalenderjahres.

Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Im ersten Versicherungsjahr beträgt die Selbstbeteiligung anteilig nur soviel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Versicherungsjahr entsprechen.

(3) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

– 4 –

Nr. 18 Zeitliche Begrenzung des Rücktrittsrechts

Der Rücktritt nach § 19 VVG (schuldhaftes Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) ist ausgeschlossen, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes

3 Jahre verstrichen sind.

Nr. 19 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 selbstständiges

Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

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

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Nr. 21 (nicht abgedruckt)

Nr. 22 Abdruck von Gesetzesbestimmungen

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beigelegt.

– 5 –

Teil III: Tarif Stand: 01.01.2013

Nr. 1 Leistungen des Versicherers

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung nach § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz, nach Abschnitt M sowie nach Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet. Außerdem werden Hebammenkosten erstattet.

b) Psychotherapie

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ erstattet. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren oder
- von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

c) Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

d) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattet werden 85 % der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 205,- Euro je Versicherungsjahr,

darüber hinaus 100 % der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

Sonnennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 11,- Euro erstattet.

Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 307,- Euro kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

e) Heilpraktiker

Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

– 6 –

f) Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

g) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

(2) Stationäre Behandlung

a) Krankenhausleistungen

Erstattet werden 100 % der Kosten der allgemeinen 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 Kosten für einen Belegarzt werden entsprechend (1) a bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen Satz der GOÄ übernommen. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

b) Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

c) Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden.

Sie werden im Rahmen von Buchstabe a erstattet.

d) Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a gehört auch die aus medizinischen

Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

e) Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

– 7 –

Continental Krankenversicherung a.G.

(3) Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden 100 % des 11,- Euro je Fahrt übersteigenden Betrages

- für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus und
- für Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit und

– für ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

(4) Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses

für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte

(GOZ) in der jeweils gültigen Fassung bzw. bis zum 1,8fachen Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E, O, nach Abschnitt M sowie nach Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ.

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ.

c) Zahnersatz

Erstattet werden 60 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ. Medizinisch-technische Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ (Abschnitt A, E und O) berechnen kann, werden bis zum 1,8fachen Satz bzw. nach Abschnitt M sowie nach Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet.

Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnnes) und Gussfüllungen.  
Kosten zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind, werden zu 60 % erstattet.  
Im Rahmen von (4) werden in den ersten 12 Monaten höchstens 512,- Euro und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.023,- Euro erstattet. Die Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter zahnärztlicher Behandlung.