

## Tarife BTI und BTII

### Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung ambulanter und stationärer Heilbehandlungskosten von beihilfeberechtigten Personen nach den Tarifen BTI und BTII

Teil II: Tarife mit Tarifbedingungen (Auszug)

Stand: 01.07.2018

#### A) Allgemeine Bestimmungen

##### 1. Versicherungsbedingungen:

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

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

Teil II: Tarife mit Tarifbedingungen.

##### a) Versicherungsfall

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

##### b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

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.

##### c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

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

##### d) Medizinische Versorgungszentren

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.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

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

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

**e) Krankenhausambulanzen**

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

**f) Internet- und Versandapotheken**

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

**g) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten**

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

**h) Umrechnung ausländischer Währung**

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.

**2. Personenkreis:**

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden und selbst beihilfeberechtigten Personen, deren Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder.

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch – zusammen oder getrennt nach ambulanten und stationären Heilbehandlungskosten – nach folgenden Tarifstufen abzuschließen:

ambulant	stationär Zwei-Bett-Zimmer	stationär Mehr-Bett-Zimmer	stationär Ein-Bett-Zimmer (Differenzkosten)
BTI/90	BTII/90	BTII3/90	BTII1
BTI/85	BTII/75	BTII3/75	
BTI/80	BTII/70	BTII3/70	
BTI/75	BTII/65	BTII3/60	
BTI/70	BTII/60	BTII3/55	
BTI/65	BTII/55	BTII3/50	
BTI/60	BTII/50	BTII3/45	
BTI/55	BTII/45	BTII3/40	
BTI/50	BTII/40	BTII3/35	

BTI/45	BTII/35	BTII3/30
BTI/40	BTII/30	BTII3/25
BTI/35	BTII/25	BTII3/20
BTI/30	BTII/20	BTII3/15
BTI/25	BTII/15	
BTI/20		

### 3. Versicherungsjahr:

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

### 4. Umstufungen:

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes für jede versicherte Person dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. In diesem Falle oder bei Änderung des Beihilfebemessungssatzes aus anderen Gründen ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistungen und den zu zahlenden Beitrag nach der (den) geltenden Tarifstufe(n) ohne erneute Risikozuschläge und Wartezeiten zum 1. des Monats, in dem die Änderung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Hat der Versicherungsnehmer die Anzeige unterlassen, erhält er die Leistung der vereinbarten Tarifstufe(n), höchstens jedoch die Leistung der Tarifstufe(n), die dem neuen Beihilfebemessungssatz entspricht.

### 5. Versicherungsdauer:

Die Versicherung nach diesem Tarif endet mit Erlöschen des Beihilfeanspruchs des Versicherungsnehmers.

Beihilfeberechtigte versicherte Personen können nach § 15 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 das Versicherungsverhältnis fortsetzen.

### 6. Neugeborenenachversicherung:

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.

### 7. Wartezeiten:

Sofern der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf vorgeschriebenem Formular vorlegt, können die Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 erlassen werden.

Treten Personen aus diesen Tarifen unmittelbar in andere Krankheitskostenversicherungen der Continentale Krankenversicherung a.G. über, wird die in den Tarifen BTI und/oder BTII zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten der neuen gleichartigen Versicherung angerechnet; für schwebende Versicherungsfälle werden die Leistungen höchstens im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht.

## **B) Leistungen des Versicherers**

### **I) Tarif BTI für Kosten ambulanter Heilbehandlungen**

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlung. Die Höhe des Leistungsanspruches ergibt sich aus der Bezeichnung der Tarifstufe. Dabei ist die Zahl hinter dem Schrägstrich der Leistungssatz in Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

Ambulante Heilbehandlung:

#### **1. Ärztliche Leistungen**

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. 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 Höchstsatz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

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

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen; entsprechendes gilt auch, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind.

#### **2. Hebammen und Entbindungspfleger**

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

#### **3. 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.

#### **4. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)\*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,

---

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

- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)\* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt 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.

#### 5. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

#### 6. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).  
Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u.ä.

#### 7. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

#### 8. 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.

#### 9. Vorsorgeuntersuchungen

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

#### 10. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und

---

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

- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

#### 11. Rückführung und Überführung

Als Rückführung gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten der Rückführung werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

#### 12. Kurbehandlungen

Als solche gelten ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Kuranwendungen.

### II) Tarif BTII für Kosten stationärer Behandlungen im Zwei-Bett-Zimmer

Erstattet werden mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (= Zahl hinter dem Schrägstrich)

- a) alle Kosten für Krankenhausleistungen im Zwei-Bett-Zimmer oder in der 2. Pflegeklasse, d.h. ärztliche Leistungen, Pflege, Verpflegung, Unterkunft, Nebenleistungen und sonstige stationäre und halbstationäre Leistungen des Krankenhauses ohne zeitliche Begrenzung sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlungen).  
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) 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) die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen. Sie gelten als für die Mutter entstanden und werden während eines Entbindungsaufenthaltes im Rahmen von Buchstabe a erstattet.
- d) die Kosten der aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Diese gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a.
- e) die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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.

f) die Kosten für Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterbringung im Krankenhaus führen. Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer.

Bei berechnetem Ein-Bett-Zimmer sind die vom Versicherungsnehmer nachzuweisenden Kosten eines Zwei-Bett-Zimmers erstattungsfähig. Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterbringung nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

### **III) Tarif BTII3 für Kosten stationärer Behandlungen im Mehr-Bett-Zimmer**

Erstattet werden mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (= Zahl hinter dem Schrägstrich)

a) alle Kosten für Krankenhausleistungen im Mehr-Bett-Zimmer oder in der 3. Pflegeklasse, d.h. ärztliche Leistungen (keine privatärztlichen Behandlungen), Pflege, Verpflegung, Unterkunft, Nebenleistungen und sonstige stationäre und halbstationäre Leistungen des Krankenhauses ohne zeitliche Begrenzung.

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) 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) die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen. Sie gelten als für die Mutter entstanden und werden während eines Entbindungsaufenthaltes im Rahmen von Buchstabe a erstattet.

d) die Kosten der aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Diese gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a.

e) die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische 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.

f) die Kosten für Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterbringung im Krankenhaus führen. Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer.

Bei berechnetem Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer sind lediglich die vom Versicherungsnehmer nachzuweisenden Kosten eines Mehr-Bett-Zimmers erstattungsfähig. Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterbringung nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

#### **IV) Tarif BTII1 für Kosten stationärer Behandlungen im Ein-Bett-Zimmer**

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag zum Pflegesatz für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer und dem für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterbringung im Krankenhaus führen. Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer und die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Ein- und Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterbringung nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

### **C) Leistungen des Versicherungsnehmers**

#### **1. Jahresbeitrag:**

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Umstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Umstufung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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.

#### **2. Risikozuschläge:**

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

#### **3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten:**

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

#### **4. Leistungsunterlagen:**

Die Rechnungen können in Zweitschrift oder als beglaubigte Abschriften bzw. Fotokopien vorgelegt werden und müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 4 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen. Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.



#### **D) Beitragsrückerstattung**

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

#### **E) Beitragsanpassung**

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.