

Tarife GSB1 und GSB2

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach den Tarifen GSB1 und GSB2

Teil II: Tarife mit Tarifbedingungen

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 Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes haben.

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch nach folgenden Tarifestufen so abzuschließen, dass der Prozentsatz der Tarifestufe und der Beihilfebemessungssatz für ambulante Behandlungen zusammengerechnet „100“ ergeben:

a) im Tarif GSB1 (für Personen mit Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung – gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung –)

| | | | |
|------------------|----------|---------|----------|
| nach Tarifestufe | GSB1/95 | GSB1/50 | GSB1H/50 |
| | GSB1/90 | GSB1/45 | GSB1H/45 |
| | GSB1/85 | GSB1/40 | GSB1H/40 |
| | GSB1/80 | GSB1/35 | GSB1H/35 |
| | GSB1/75 | GSB1/30 | GSB1H/30 |
| | GSB1/70 | GSB1/25 | GSB1H/25 |
| | GSB1/65 | GSB1/20 | GSB1H/20 |
| | GSB1/60 | GSB1/15 | |
| | GSB1/55 | GSB1/10 | |
| | GSB1/50R | GSB1/5 | |

Die Tarifstufen GSB1H/50 bis GSB1H/20 gelten nur für Beihilfeberechtigte des Landes Hessen.

- b) im Tarif GSB2 (für Personen ohne Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung – gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung –)

| | | |
|-----------------|----------|---------|
| nach Tarifstufe | GSB2/95 | GSB2/50 |
| | GSB2/90 | GSB2/45 |
| | GSB2/85 | GSB2/40 |
| | GSB2/80 | GSB2/35 |
| | GSB2/75 | GSB2/30 |
| | GSB2/70 | GSB2/25 |
| | GSB2/65 | GSB2/20 |
| | GSB2/60 | GSB2/15 |
| | GSB2/55 | GSB2/10 |
| | GSB2/50R | GSB2/5 |

- c) Die Wahl der Tarifstufen GSB1/50R und GSB2/50R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Nach den Tarifstufen GSB1/50R und GSB2/50R beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der prozentuale Erstattungssatz auf 30 %. Es ergibt sich dann eine Beitragsreduktion nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen. Wenn die Voraussetzung für die Tarifstufe GSB1/50R bzw. GSB2/50R nicht vorliegt, ist anstelle der Tarifstufe GSB1/50R bzw. GSB2/50R die Tarifstufe GSB1/50 bzw. GSB2/50 zu wählen.
- d) Sollte die Tarifstufe GSB1/50R bzw. GSB2/50R mit Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe GSB1/50 bzw. GSB2/50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

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

- a) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch – auch teilweise –, erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen des bereits versicherten Tarifs Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen nach Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert, oder der Beihilfeanspruch entfällt, oder zum 1. des folgenden

Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

- b) Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz oder der Beihilfeanspruch – auch teilweise – für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag nach der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

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.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

7. Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

8. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die Kosten für nachstehende ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlung.

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesen Tarifen versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen ausgezahlt.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, so erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattungsfähig sind die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche 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 sind für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, 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 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. Zusätzlich sind auch Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich aus einem beim Versicherer erhältlichen Verzeichnis ergeben, erstattungsfähig. Das gleiche gilt, 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.

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä. 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 Heilberufen (z.B. Masseur).

7. Hilfsmittel

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

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. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport 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 des Rücktransports sind erstattungsfähig, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

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

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar für

- Zahnbehandlungen;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnbehandlungen;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung. Bei oralen Implantaten sind die entstandenen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer erstattungsfähig.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays und Stifzähnen sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Kosten für die Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

- e) Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, gesunde Neugeborene, die Aufnahme einer Begleitperson, Hospizleistungen sowie Krankentransporte außer bei oralen Implantationen nach Absatz B II 2 e.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Wird für eine Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer kein Wahlleistungszuschlag für das Ein-Bett-Zimmer berechnet, gilt sie als Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer.

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

Soweit Krankenhäuser 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 oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

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) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

c) 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.

d) 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.

e) Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

f) 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.

g) Krankentransporte

Als notwendige Krankentransporte gelten Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Leistungsumfang

1. Die nach den Abschnitten B I – III erstattungsfähigen Kosten werden – sofern es sich um beihilfefähige Aufwendungen nach den am 1.6.2001 für die versicherte Person geltenden Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes (mit Ausnahme von Hessen) handelt –

| nach Tarif GSB1 in der Tarifstufe | in der Tarifstufe |
|---|-------------------|
| GSB1/95 mit 95 % | GSB1/50 mit 50 % |
| GSB1/90 mit 90 % | GSB1/45 mit 45 % |
| GSB1/85 mit 85 % | GSB1/40 mit 40 % |
| GSB1/80 mit 80 % | GSB1/35 mit 35 % |
| GSB1/75 mit 75 % | GSB1/30 mit 30 % |
| GSB1/70 mit 70 % | GSB1/25 mit 25 % |
| GSB1/65 mit 65 % | GSB1/20 mit 20 % |
| GSB1/60 mit 60 % | GSB1/15 mit 15 % |
| GSB1/55 mit 55 % | GSB1/10 mit 10 % |
| | GSB1/5 mit 5 % |
| | erstattet; |
| GSB1/50R mit 50 % | |
| bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, | |
| längstens bis zum 67. Lebensjahr, | |
| danach mit 30 % | |
| erstattet; | |

| nach Tarif GSB2 in der Tarifstufe | in der Tarifstufe |
|-----------------------------------|-------------------|
| GSB2/95 mit 95 % | GSB2/50 mit 50 % |
| GSB2/90 mit 90 % | GSB2/45 mit 45 % |
| GSB2/85 mit 85 % | GSB2/40 mit 40 % |
| GSB2/80 mit 80 % | GSB2/35 mit 35 % |
| GSB2/75 mit 75 % | GSB2/30 mit 30 % |
| GSB2/70 mit 70 % | GSB2/25 mit 25 % |
| GSB2/65 mit 65 % | GSB2/20 mit 20 % |
| GSB2/60 mit 60 % | GSB2/15 mit 15 % |
| GSB2/55 mit 55 % | GSB2/10 mit 10 % |
| | GSB2/5 mit 5 % |
| | erstattet; |

GSB2/50R mit 50 %
bis zum Eintritt des Versorgungsfalles,
längstens bis zum 67. Lebensjahr,
danach mit 30 %
erstattet;

Die nach den Abschnitten B I und II
erstattungsfähigen Kosten werden
– sofern es sich um beihilfefähige
Aufwendungen nach den am
1.1.2000 für die versicherte Person
geltenden Beihilfevorschriften des
Bundeslandes Hessen handelt –
nach Tarif GSB1 in der Tarifstufe

GSB1H/50 mit 50 %
GSB1H/45 mit 45 %
GSB1H/40 mit 40 %
GSB1H/35 mit 35 %
GSB1H/30 mit 30 %
GSB1H/25 mit 25 %
GSB1H/20 mit 20 %
erstattet.

Die nach dem Abschnitt B III
erstattungsfähigen Kosten werden
– sofern es sich um beihilfefähige
Aufwendungen nach den am
1.1.2000 für die versicherte Person
geltenden Beihilfevorschriften
des Bundeslandes Hessen handelt –
nach Tarif GSB1 in der Tarifstufe

GSB1H/50 mit 35 %
GSB1H/45 mit 30 %
GSB1H/40 mit 25 %
GSB1H/35 mit 20 %
GSB1H/30 mit 15 %
GSB1H/25 mit 15 %
GSB1H/20 mit 15 %
erstattet.

Berechnungsgrundlage sind dabei maximal die von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannten Kosten; tageweise berechnete Einschränkungen der Beihilfe bleiben dabei unberücksichtigt.

Ändert sich die Höhe oder der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen durch Änderung der Beihilfevorschriften, so sind dadurch bedingte Mehrleistungen aus diesen Tarifen mitversichert, es sei denn, dass der Versicherer sie ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausschließt.

2. Sofern die nach B I – B III erstattungsfähigen Kosten nur zum Teil oder gar nicht beihilfefähig sind, erfolgt aus allen Tarifstufen eine Erstattung der Differenzkosten bis zu 100 % der erstattungsfähigen Kosten*), mit Ausnahme von tageweise berechneten Einschränkungen der Beihilfe.
3. Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen sind nicht erstattungsfähig.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

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. Risikozuschlag

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 müssen im Original vorgelegt werden und 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.

Die Rechnungen der Leistungserbringer sind mit den angefallenen Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft bei stationärer Krankenhausbehandlung führen.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

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.

***) Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf**

Für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt diese Leistungszusage hinsichtlich der Zahnleistungen wie für Beamte auf Probe.

Hinweis:

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvoranschlag Ihres Zahnarztes, der spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen. Wenn Sie uns zusätzlich eine Kostenübernahmeerklärung der Beihilfestelle überlassen, können wir Ihnen die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.