

Tarif CSB

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen von beihilfeberechtigten Personen nach dem Tarif CSB

Teil II: Tarif 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: Tarif 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. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Psychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Behandlungen von einem Arzt verordnet im Delegationsverfahren durchgeführt werden.

Die Abrechnungen müssen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen 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 Psychotherapeuten 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, selbst beihilfeberechtigten Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige (z.B. Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder), soweit sie das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch nach den Tarifstufen CSB/50, CSB/30, CSB/20 abzuschließen. Die Höhe des vereinbarten Prozentsatzes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Prozentsatz).

3. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen beträgt für

die Tarifstufe CSB/50	550,- Euro,
die Tarifstufe CSB/30	330,- Euro,
die Tarifstufe CSB/20	220,- Euro.

Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Bei Umstufungen gilt vor und nach dem Umstufungstermin die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung, insgesamt für das volle Kalenderjahr aber nur die höchste in diesem Jahr vereinbarte Selbstbeteiligung.

4. 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.

5. Umstufungen

- a) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, 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 (Tarifierhöhung 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 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 erfolgt.

6. 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.

7. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

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.

8. Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 entfällt. Die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

9. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden – sofern der Tarif die Zuordnung erfordert – dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Die Kosten nachstehender ambulanter Heilbehandlungen werden mit dem vereinbarten Prozentsatz erstattet; von diesem errechneten Betrag wird die Selbstbeteiligung abgezogen.

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 dann, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Alle Behandlungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren 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 werden auch Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erstattet, die sich aus dem als Anlage beigefügten Verzeichnis, das neuen Erkenntnissen laufend angepasst wird und beim Versicherer erhältlich ist, ergeben. 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,
- 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 unmittelbar 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.

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

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
- 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 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.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Erstattet werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen einschließlich Material- und Laborleistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar je versicherte Person

in der Tarifstufe CSB/50 mit 40 %

bis zu 511,29 Euro innerhalb der ersten beiden Kalenderjahre,

bis zu 1.022,58 Euro innerhalb der beiden folgenden Kalenderjahre,

bis zu 1.533,88 Euro ab dem 5. Kalenderjahr für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre;

in der Tarifstufe CSB/30 mit 24 %

bis zu 306,78 Euro innerhalb der ersten beiden Kalenderjahre,

bis zu 613,55 Euro innerhalb der beiden folgenden Kalenderjahre,

bis zu 920,33 Euro ab dem 5. Kalenderjahr für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre;

in der Tarifstufe CSB/20 mit 16 %
bis zu 204,52 Euro innerhalb der ersten beiden Kalenderjahre,
bis zu 409,03 Euro innerhalb der beiden folgenden Kalenderjahre,
bis zu 613,55 Euro ab dem 5. Kalenderjahr für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre.

Bei einem Unfall werden die Höchstbeträge in den ersten vier Kalenderjahren auf den gleichen Betrag erhöht, der ab dem fünften Kalenderjahr gilt.

Das erste Kalenderjahr endet mit dem Schluss des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif begonnen hat.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

- a) die Kosten für Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, gesunde Neugeborene, Hospizleistungen sowie Krankentransporte mit dem vereinbarten Prozentsatz,
- b) die gesondert berechneten Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils
in der Tarifstufe CSB/50 bis zu 15 %
in der Tarifstufe CSB/30 bis zu 9 %
in der Tarifstufe CSB/20 bis zu 6 %

der allgemeinen Krankenhausleistungen (3. Pflegeklasse) bei stationärer Behandlung eines in diesem Tarif versicherten Kindes bis zum vollendeten 10. Lebensjahr, sofern die Begleitung des kranken Kindes aus medizinischen Gründen notwendig ist.

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 Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

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 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) werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

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) 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.

f) Krankentransporte

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

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 nach den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage 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 führen.

D) Leistungsfreiheits-Rabatt, Beitragsrückerstattung

I. Leistungsfreiheits-Rabatt

Jede versicherte Person erwirbt für jedes volle Kalenderjahr, für das keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen und die Beiträge bis zum 31.12. in voller Höhe entrichtet wurden, ab dem 1.7. des Folgejahres

einen Leistungsfreiheits-Rabatt von 5 % (eine Rabattstufe),
höchstens jedoch 50 % (10 Rabattstufen).

Für jedes Kalenderjahr, für das Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden, verringert sich der Leistungsfreiheits-Rabatt ab dem 1.7. des Folgejahres um zwei Rabattstufen.

Grundlage für die Beitragsberechnung je versicherte Person ist der Beitrag, der ohne Berücksichtigung des jeweils erreichten Leistungsfreiheits-Rabatts zu zahlen wäre; maximal sind 100 % des sich ohne den Leistungsfreiheits-Rabatt ergebenden Beitrags zu zahlen.

II. Beitragsrückerstattung

Unabhängig von der Leistungsfreiheit besteht außerdem Anspruch auf Beitragsrückerstattungen und Beitragsnachlässe aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, wenn und soweit satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung eine solche Überschussverwendung 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.

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