Debeka Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif B mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Oktober 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

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

II. Versicherungsleistungen

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

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Leistungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztliche Leistungen (insbesondere Beratungen, Besuche sowie Untersuchungen, Operationen – soweit diese nicht nach Buchstabe D erstattet werden –, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie) und Wegegebühren, die vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt berechnet werden.

2. Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) unabhängig von Altersgrenzen. Darüber hinaus werden Aufwendungen für eine weitere gezielte Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr erstattet.

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

4. Heilpraktiker
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen durch Heilpraktiker.

5. Arzneimittel, Verbandmittel und Verbrauchsmaterialien
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Arzneimittel (einschließlich Harn- und Blutteststreifen), Verbandmittel sowie unmittelbar zur Behandlung schwerer Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (zum Beispiel Stoma-/Tracheostoma-, Inkontinenz-Versorgungsartikel, Applikationshilfen).

6. Heilmittel
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Kammern, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie, podologische Therapien sowie sonstige physikalische Therapien. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufes beziehungsweise Heilhilfsberufes angewandt werden. Für osteopathische Behandlungen ist keine Verordnung notwendig.

Zugrunde gelegt werden Aufwendungen bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.

7. Psychotherapie
Der Versicherer erstattet bis zu 52 durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen approbierten nichtärztlichen in eigener Praxis beziehungsweise in einem medizinischen Versorgungszentrum oder Krankenhaus tätigen Psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr. Der Versicherer leistet nach vorheriger schriftlicher Zusage für weitere Behandlungen im Kalenderjahr nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

8. Präventionskurse
Pro Kalenderjahr sind insgesamt bis zu zwei Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtprävention) erstattungsfähig, insgesamt bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150 Euro. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter angemessenen organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80 % der Kursstunden) ist vorzulegen.

9. Hilfsmittel einschließlich Reparaturen – außer Sehhilfen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Hilfsmittel.

Als Hilfsmittel gelten medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen.

Ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro ist der Versicherungsnehmer berechtigt, vorab eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers einzuholen.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen zum Beispiel für Geh- und Stützapparate einschließlich Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühle, Orthesen, Prothesen, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Herzschrittmacher, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Ernährungspumpen und Insulinpumpen. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 Euro. Des Weiteren erstattet der Versicherer Aufwendungen für Blindenführhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Erhaltung beziehungsweise Wartung oder Inbetriebnahme von Hilfsmitteln, zum Beispiel: Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte sowie nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.

Sofern die soziale Pflegeversicherung sowie die private Pflegepflichtversicherung Leistungen für ein Hilfsmittel vorsehen und ein Anspruch auf Erstattung oder leihweise Überlassung des Hilfsmittels aus der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung besteht, erstattet der Versicherer keine Aufwendungen für dieses Hilfsmittel nach diesem Tarif.

10. Sehhilfen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillen (Brillengläser und Brillengestelle) einschließlich Reparaturen sowie Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro.

11. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation.

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

12. Fahrten und Transporte
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus – auch zur nachoperativen Behandlung – beziehungsweise zur und von der Heilmittelanwendung, bei

12.1 ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit
12.2 schweren Erkrankungen oder deren Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse).

Der Versicherer erstattet auch Aufwendungen für Transporte bei Notfällen beziehungsweise Erstversorgung nach Unfall zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

13. Brechkraftverändernde Augenoperationen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für brechkraftverändernde Augenoperationen (zum Beispiel Lasik-Operationen).

14. Künstliche Befruchtung
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion.
Voraussetzungen für die Erstattung sind:

14.1 das Vorliegen einer organisch bedingten krankheitswertigen Sterilität der versicherten Person und
14.2 die nach gynäkologischer Feststellung bestehende hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft und
14.3 die Vorlage eines Therapie- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn.

15. Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.) und/oder eine hauswirtschaftliche Versorgung ausgehend von einem Rechnungsbetrag von insgesamt bis zu 50 Euro täglich für bis zu 21 Tage je Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit besteht, eine ärztliche Verordnung vorliegt und durch die Grundpflege/hauswirtschaftliche Versorgung ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Der Leistungserbringer darf mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person weder verwandt noch verschwägert sein.

16. Häusliche Behandlungspflege
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (zum Beispiel Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

Ab einem Rechnungsbetrag mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 7.000 Euro pro Monat ist vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über die vom Pflegedienst veranschlagte Vergütung vorzulegen.

17. Diabetes-Erst- und Folgeschulungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

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

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

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

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

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

19.1 ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV
19.2 Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Versicherte haben nach Beratung Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe nach Nummer 5.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

1. Allgemeine Krankenhausleistungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflege-

satzverordnung (BPflV) beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

Unterliegt das Krankenhaus nicht der BPflV oder dem KHEntgG (Privatklinik) gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der Allgemeinen Pflegeklasse einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPflV beziehungsweise KHEntgG).

2. Rooming-In
Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes leistet der Versicherer im Umfang der Nummer 1 für die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

3. Leistungen der Belegärzte
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen der Belegärzte.

4. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummer 1. Die Anschlussheilbehandlung muss unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig sein. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (zum Beispiel nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

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

5. Fahrten und Transporte
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus.

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

C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Heil- und Kostenplan
2. Konservierende Zahnbehandlung (zum Beispiel Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
3. Leistungen bei Zahnersatz: prothetische und implantologische Leistungen (Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial), Kronen und Brücken einschließlich deren Verblendungen sowie Veneers, Prothesen
4. Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
5. Zahnärztliche Strahlendiagnostik
6. Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)
7. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), professionelle Zahnreinigung bis zu zweimal im Kalenderjahr
8. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
9. Nach der GOZ besonders berechenbare Material- und Laborkosten und besonders berechenbare Praxiskosten bei Leistungen nach den Nummern 2 bis 8

Bei Behandlungen mit voraussichtlichen Gesamtkosten von mehr als 10.000 Euro ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.

D. Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Operationen durch niedergelassene Ärzte und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus, soweit dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 ersetzt wird.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören:

1. Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation oder dem stationsersetzenden Eingriff stehen
2. der operative Eingriff
3. die Anästhesie
4. die im Zusammenhang mit der Operation in Auftrag gegebene pathologische Untersuchung und Laboruntersuchung
5. medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten grundsätzlich zur Vornahme des Eingriffs geeigneten niedergelassenen Arzt oder Krankenhaus, auch zur nachoperativen Behandlung

E. Schwangerschaft und Entbindung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro
2. Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsgymnastik
3. Häusliche Entbindung
4. Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik
5. ambulanten nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger Indikation (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch – StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
6. stationären nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB) oder kriminogener Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB)
7. Entbindung im Krankenhaus nach Buchstabe B Nr. 1 und 3 einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene

Zu den Nummern 2 bis 4 und 7 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger sowie digitale Anwendungen nach Buchstabe A Nr. 18. Eine ärztliche Verordnung bei Schwangerschaft und Entbindung ist keine zwingende Voraussetzung.

F. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für Arzt- und Kurmittelaufwendungen (zum Beispiel Heilmittel, Verbandmittel, Arzneimittel, Kurplanerstellung, Kurtaxe) bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder ärztlich verordneter Sanatoriumsbehandlung innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattet der Versicherer bis zu vier Wochen je Tag Aufwendungen bis zu dem Betrag nach der Leistungstabelle. Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur- beziehungsweise der Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

G. Ambulante und stationäre Hospizleistungen

1. Für ambulante Hospizleistungen werden Aufwendungen nach Buchstabe A erstattet, wenn diese durch palliativ-medizinisch ausgerichtete ambulante Einrichtungen erbracht werden. Außerdem erstattet der Versicherer Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt III Nr. 7.8).

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

H. Ambulante und stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlung bei Suchterkrankungen

Der Versicherer erbringt tarifliche Leistungen nach den Nummern 1 und 2 für bis zu drei Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen.
Darüber hinaus werden nur dann Leistungen erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

1. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen bei Suchterkrankungen in dafür geeigneten Einrichtungen, die über eine Rehabilitationskonzeption verfügen, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.

2. Der Versicherer erstattet für stationäre Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen bei Suchterkrankungen die Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe B Nr. 1.

I. Knochenmarkspende

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach den Buchstaben A und B.

Als ambulante Heilbehandlung gelten auch die Typisierung zur Aufnahme in die Knochenmarkspenderdatei, das Registrieren des Empfängers für die Transplantation, die Aktivierungsgebühr und die Suchkosten (Fremdspendersuche).

J. Lebendorganspende

Der Versicherer erstattet die beim Organspender anfallenden Aufwendungen, sofern der Empfänger der Organ- oder Gewebespende nach diesem Tarif versichert ist.
Erstattet werden Aufwendungen des Organspenders im tariflichen Umfang für:

1. ambulante Behandlung
2. stationäre Behandlung
3. sich bei der Organentnahme ergebende unmittelbare Komplikationen
4. aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung
5. Kosten der Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat
6. Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung im Zusammenhang stehen
7. nachgewiesenen tatsächlichen Verdienstausfall sowie die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung.
   Als Sozialversicherungsbeiträge gelten auch Beiträge zur substitutiven privaten Krankenversicherung (§ 146 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) und zur privaten Pflegepflichtversicherung.

Anmerkung zu A bis E und G bis J

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der GOÄ und der GOZ in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

3. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen, die der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
Nummer 1 Satz 2 gilt entsprechend.

4. Für Leistungen, die nicht der GOÄ, der GOZ, dem GebüH oder der GOP entsprechen, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

5. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes nach Abschnitt III Nr. 7.2 oder 7.22 in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, leistet der Versicherer unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ, der GOZ, des GebüH und der GOP.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen mit Beihilfeanspruch im Krankheitsfall (zum Beispiel Beamte, Richter) sowie berücksichtigungsfähige Angehörige.

Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, stellt der Versicherer den Versicherungsschutz zum 1. des Monats um, der auf den Monat folgt, in dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt. Für die betroffenen versicherten Personen wird der Versicherungsschutz – auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles – in die produktnahen Tarife für Nichtbeihilfeberechtigte umgestellt. § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist anzuwenden.

1.2 Für Personen mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % nach den Beihilfevorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften sind die Tarifstufen B30 und B20K zu vereinbaren.

Nach den Tarifstufen B30 und B20K beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30 % durch Wegfall der Tarifstufe B20K. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Tarifstufen B30 und B20K die Tarifstufe B50 zu wählen.
Sollte der Wegfall der Tarifstufe B20K mit dem Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe B50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

1.3 Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung – auch bei einer Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbe-

ginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

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

Der Beitrag für Kinder wird weiterhin erhoben, wenn und solange das Kind nach Vollendung des 20. Lebensjahres im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils berücksichtigungsfähig ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Diese Frist verlängert sich um die Dauer des Zeitraums eines von dem Kind abgeleisteten Dienstes, sofern während dieses Dienstes kein Anspruch auf Kindergeld bestand (zum Beispiel Grundwehrdienst, Zivildienst sowie andere in § 32 Abs. 5 Einkommensteuergesetz genannte Dienste). Die Tarifbezeichnung wird um den Zusatz „H“ ergänzt. Entfallen die in Satz 4 und 5 genannten Voraussetzungen, ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag für Vollbeitragspflichtige nach dem erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr) zu zahlen.

Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge sind keine Vollbeiträge.

3 Leistungsanpassung

Dieser Versicherungsschutz sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

4 Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats an, in dem die Änderung eintritt.
Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

5 Beitragsrückerstattung

5.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten versicherte Person berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 5.1.1 bis 5.1.3 erfüllt.

5.1.1 **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen des Versicherers erbracht.

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

5.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Jahres wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder Tod geändert oder beendet.

5.2 Berücksichtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte, deren Versicherung nicht ganzjährig bestand, bei
- der Vereinbarung der Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten oder
- der erstmaligen Vollbeitragspflicht*,

wenn für diese Zeiträume keine Leistungen des Versicherers erbracht wurden und die Voraussetzungen der Nummern 5.1.2 und 5.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

* Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge sind keine Vollbeiträge.

6 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des VAG vorgenommen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

7 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

7.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

7.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A bis E und G bis J).

7.3 Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009: Wechsel in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung
Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 gekündigt, kann der Versicherungsnehmer die Umstellung in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

7.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers und bei einem Übertritt in eine höhere Tarifstufe wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten mit der in Nummer 4 vorgesehenen Ausnahme entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung (Abschnitt II Buchstabe E) leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

7.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist. Die dreimonatige Mindestversicherungsdauer für ein Elternteil muss dann nicht erfüllt sein. Dies gilt nicht, wenn für das Neugeborene ein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besteht.

7.6 Zu § 2 Abs. 3 MB/KK 2009: Adoption von Kindern
Abweichend von § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Vereinbarung eines Risikozuschlages.

7.7 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten
Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung (Abschnitt II Buchstabe E) gelten die allgemeinen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009.

Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (Abschnitt II Buchstabe C) entfallen auch die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

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

7.8 Zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Der Versicherer leistet neben palliativärztlichen Leistungen auch für die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten palliativpflegerischen Leistungen, die von geeigneten Einrichtungen und Personen erbracht werden. Als Leistungsvoraussetzung dient die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“.

7.9 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

7.10 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

7.11 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

7.12 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe F.

7.13 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

7.14 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Suchterkrankungen
Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen erstattet der Versicherer nach Abschnitt II Buchstabe B. Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009 leistet der Versicherer für Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen nach Abschnitt II Buchstabe H. § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

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

7.16 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe F.

7.17 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels sowie das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer) angegeben sein. Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen sowie die besonders berechneten Praxiskosten müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

7.18 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

7.19 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

7.20 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.

7.21 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes
Für Versicherte, die aus einem Tarif ohne kalkulierten Übertragungswert in diesen Tarif gewechselt sind, gilt bei einem

Wechsel zu einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

7.22 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland kann der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen fortgeführt werden:

1. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland den Versicherer hierüber zu unterrichten.
2. Das Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz liegen.
3. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A bis E und G bis J).

IV. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

1. Aufnahme- und versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen A sind Personen, die das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und

1.1 in der Berufsausbildung (nicht Schüler und Studenten) sind und die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine sonstige Vergütung erhalten – ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen – sowie

1.2 deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

2. Sofern die versicherte Person nach Nummer 1.1 im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos wird, können diese Besonderen Bedingungen A für die versicherten Personen nach den Nummern 1.1 und 1.2 längstens für 18 Monate bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres unverändert weitergeführt oder vereinbart werden. Besteht dann kein Beihilfeanspruch mehr, wird die Versicherung in der Tarifstufe B100 mit den Besonderen Bedingungen A weitergeführt.

3. Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

4. Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

5. Zur Berechnung der Beiträge der Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen A gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

6. Die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung der versicherten Person nach Nummer 1.1 endet, wenn sie diese vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht. Für versicherte Personen nach Nummer 2 endet die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, spätestens 18 Monate nach Beendigung der Ausbildung. Für die versicherte Person nach Nummer 1.2 endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Ablauf des Monats, in dem diese eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Spätestens vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 39. Lebensjahres der versicherten Person nach Nummer 1.1 folgt, endet die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A für alle versicherten Personen nach den Nummern 1.1 und 1.2; das gilt auch für die versicherte Person nach Nummer 1.2, wenn nur sie das 39. Lebensjahr vollendet.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A richtet sich der Beitrag für die jeweilige versicherte Person nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

Nach Wegfall der Besonderen Bedingungen A kann der Versicherungsnehmer die Absicherung der stationären Wahlleistungen nach Tarif WL beantragen. Hierbei gilt Folgendes:

6.1 Die Versicherung nach Tarif WL kann innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Besonderen Bedingungen A rückwirkend zu dem Termin beantragt werden, ab dem die Versicherung ohne die Besonderen Bedingungen A geführt wird. Eine erneute Risikoprüfung entfällt; erneute Wartezeiten sind nicht abzuleisten.

6.2 Stellt der Versicherungsnehmer den Antrag nicht fristgemäß, entscheidet der Versicherer über die Annahme des Antrags nach Prüfung des Gesundheitszustandes. Er ist dann berechtigt, die Annahme des Antrags von besonderen Bedingungen (zum Beispiel Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen) abhängig zu machen. Die Leistungserweiterung kann frühestens zum 1. des Monats vorgenommen werden, der auf den Eingang des Antrags folgt.

7. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen A nach Nummer 6 innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen beziehungsweise das Ende der Arbeitslosigkeit unverzüglich mitzuteilen.

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

V. Besondere Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung

1 Gegenstand der Vereinbarung

Mit den Besonderen Bedingungen M kann der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person eine modifizierte Beitragszahlung vereinbaren und dadurch eine Beitragssenkung im Alter erreichen. Die vereinbarte Beitragssenkung (BM67) beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der Versicherungsnehmer hat für die gesamte Dauer der Versicherung einen zusätzlichen Beitragsanteil zu entrichten. Der zusätzliche Beitragsanteil ist von einer Beitragsrückerstattung für die Krankenversicherung ausgenommen.

Die Bezeichnung „BM67/“ der Besonderen Bedingungen M wird um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, zum Beispiel: Tarif B mit 50 Euro Beitragssenkung ab dem 67. Lebensjahr „BM67/50“.

2 Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen M können nach Vollendung des 20. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der zu versichernden Person

vereinbart werden.

3 Umfang der Beitragssenkung

Der Versicherungsnehmer kann den Umfang der Beitragssenkung in Vielfachen von 5 Euro vereinbaren.
Durch die Beitragssenkung darf ein Mindestbeitrag von 50 % des dann gültigen niedrigsten Beitrags für Vollbeitragspflichtige ohne Vereinbarung der Besonderen Bedingungen M nicht unterschritten werden. Ist dadurch eine Beitragssenkung in vereinbartem Umfang nicht vollständig möglich, so werden die nicht beitragssenkend angerechneten Teile der Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach den geltenden Bedingungen für zukünftige Beitragsermäßigungen gutgeschrieben.

Für versicherte Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, kann der Versicherungsnehmer eine (vorgezogene) Beitragssenkung beantragen. Dadurch fällt die Beitragssenkung geringer aus als ursprünglich vereinbart. Die Höhe ergibt sich aus den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen.

4 Planmäßige Erhöhung

Alle drei Jahre wird der Umfang der Beitragssenkung jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % erhöht (aufgerundet auf ein Vielfaches von 5 Euro), sofern die versicherte Person das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der hierfür zu entrichtende Mehrbeitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

Die durch diese Erhöhungen hinzukommenden Beträge zur Beitragssenkung bleiben von den weiteren planmäßigen Erhöhungen des Umfangs der Beitragssenkung ausgenommen.

Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht zahlt.

5 Beitragsanpassung

Es gelten die Bestimmungen der Musterbedingungen (MB/KK 2009) und die Tarifbedingungen zur Beitragsberechnung und –anpassung.

6 Kündigung

Werden die Besonderen Bedingungen M vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer entsprechend §§ 38 und 39 VVG gekündigt und besteht für die versicherte Person ein Krankheitskostentarif mit Alterungsrückstellungen bei dem Versicherer, wird diesem Tarif die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach den geltenden Bedingungen gutgeschrieben. Im Übrigen ergeben sich für den Versicherungsnehmer bei Kündigung keinerlei Rechte und Ansprüche aus den Besonderen Bedingungen M.

7 Möglichkeit des Unterbrechens der Beitragszahlung

Das Unterbrechen der Beitragszahlung kann ohne Angabe von Gründen jeweils zum folgenden Monatsersten vereinbart werden, sofern die Beitragssenkung noch nicht begonnen hat.

Das Unterbrechen kann ausschließlich für volle Jahre (zwölf Monate) vereinbart werden. Spätestens ab Beginn der Beitragssenkung endet das Unterbrechen.

Das Unterbrechen hat keine Auswirkung auf den vereinbarten Senkungsbetrag, insbesondere wird keine planmäßige Erhöhung nach Nummer 4 vorgenommen. Aufgrund des Unterbrechens ergibt sich ein höherer Beitrag als vor Vereinbarung des Unterbrechens. Alternativ besteht die Möglichkeit, den Senkungsbetrag zu reduzieren.

Leistungstabelle

Tarifstufe	Ambulant [1]	Stationär [2]	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie [3]	Kur- u. Sanatoriumsbehandlung [4]	Tarifstufe
B100 [5]	100 %	100 %	100 %	–	B100 [5]
B30	30 %	30 %	30 %	15,00 EUR	B30
B20K	20 %	20 %	20 %	10,00 EUR	B20K
B50	50 %	50 %	50 %	25,00 EUR	B50
B50/35	50 %	35 %	50 %	25,00 EUR	B50/35
B45	45 %	45 %	45 %	22,50 EUR	B45
B45/30	45 %	30 %	45 %	22,50 EUR	B45/30
B40	40 %	40 %	40 %	20,00 EUR	B40
B40/25	40 %	25 %	40 %	20,00 EUR	B40/25
B35	35 %	35 %	35 %	17,50 EUR	B35
B35/20	35 %	20 %	35 %	17,50 EUR	B35/20
B30	30 %	30 %	30 %	15,00 EUR	B30
B30/15	30 %	15 %	30 %	15,00 EUR	B30/15
B25	25 %	25 %	25 %	12,50 EUR	B25
B25/15	25 %	15 %	25 %	12,50 EUR	B25/15
B25/10	25 %	10 %	25 %	12,50 EUR	B25/10
B20	20 %	20 %	20 %	10,00 EUR	B20
B20/15	20 %	15 %	20 %	10,00 EUR	B20/15
B20/10	20 %	10 %	20 %	10,00 EUR	B20/10
B15	15 %	15 %	15 %	7,50 EUR	B15
B10	10 %	10 %	10 %	5,00 EUR	B10

[1] siehe Abschnitt II Buchstaben A (Ambulante Heilbehandlung), D (Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe), E (Schwangerschaft und Entbindung) Nr. 1 bis 5, G (Ambulante und stationäre Hospizleistungen) Nr. 1, H (Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankungen) Nr. 1, I (Knochenmarkspende) und J (Lebendorganspende)

[2] siehe Abschnitt II Buchstaben B (Stationäre Krankenhausbehandlung), E (Schwangerschaft und Entbindung) Nr. 6 und 7, G (Ambulante und stationäre Hospizleistungen) Nr. 2, H (Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankungen) Nr. 2, I (Knochenmarkspende) und J (Lebendorganspende)

[3] siehe Abschnitt II Buchstabe C

[4] siehe Abschnitt II Buchstabe F; solange die Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten gelten, entfallen die Leistungen nach Abschnitt II Buchstabe F

[5] siehe Abschnitt IV Nr. 2