

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Gruppenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif AV 1 Krankheitskostenversicherung für Ärzte ohne Beihilfeanspruch Gruppenversicherung B3 51 656

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskosten-Gruppenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen Gruppenversicherung) - B3 51 602.

Inhalt:

- § 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?

Versicherungsfähig sind Ärzte sowie deren Familienangehörige, die zum versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages gehören.

In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

Die Aufwendungen werden mit nachstehenden Prozentsätzen erstattet:

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
100% bis zum einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

b) Psychotherapie
100% bis zum einfachen Satz der GOÄ, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr

c) Arzneimittel, physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) sowie Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
80%, bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 5.000 EUR pro Versicherungsjahr. Bei höheren Rechnungsbeträgen wird der darüber liegende Betrag mit 100% erstattet.

d) Sehhilfen
100%, maximal 260 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Die individuelle Erstattungshöhe hängt somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

e) Dialyse, Schutzimpfungen
100%

f) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung
100%, zusätzliche Pauschale von 650 EUR bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung

g) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte
100%

(2) Stationäre Heilbehandlung (auch Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V)

a) Allgemeine Krankenhausleistungen
100%

b) Belegärztliche Behandlung
100% bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

c) Aufwendungen für gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen
100%

d) Schwangerschaft und Entbindung
100%

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe
100% bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und GOÄ

b) Zahnersatz, Inlays aus Kunststoffen und Edelmetallen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Kieferorthopädie (für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr)
60% bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ

c) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs AV 1 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 750 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 750 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

bb) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif AV 1 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif AV 1 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifes angerechnet.

cc) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Versicherungsjahres 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt die versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 21 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie vorzunehmen. Diese Leistungskürzung ist auf maximal die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 21 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 21 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(4) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung nachstehende Aufwendungen.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegeelder und Reiseentschädigungen), Vorsorgeuntersuchungen, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind.

Als erstattungsfähige Sachkosten im Sinne von Teil I § 6 Abs. 1 f) gelten 60% des einfachen Gebührensatzes der GOÄ sowie Auslagen nach § 10 GOÄ.

In Erweiterung von Teil I § 1 Abs. 2 b) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen z.B. Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen sowie Dialysen und Heimdialysen im Sinne von § 2 Abs. 1 e).

Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.

b) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 5 Abs. 3 können nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen, in Anspruch genommen werden.

c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.

e) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), Bruchbänder, Leibbinden, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen.

Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.

f) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

g) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlenen Einzel- und Mehrfachimpfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Enzephalitis.

h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik)

Es werden die Kosten wie für Krankheitsbehandlung erstattet einschließlich der Hebammen- und Entbindungspflegerkosten.

i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte
Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Transporte bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie sowie die Kosten medizinisch notwendiger Rettungstransporte bis zu einer Entfernung von 100 km zu einem geeigneten Leistungserbringer ohne anschließende stationäre Behandlung. Existiert für die Behandlung kein geeigneter Leistungserbringer innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Leistungserbringer erstattungsfähig.

Geeignet ist ein Leistungserbringer, der nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Bedingungen, Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen) für eine ambulante Heilbehandlung gewählt werden kann.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person), die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechenbar sind.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person gehören.

b) Leistungen der Belegärzte, die nach der GOÄ berechenbar sind sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

c) Anschlussheilbehandlung

Anschlussheilbehandlung ist eine stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

Die Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung sind nach Maßgabe von a) und b) z. B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge) erstattungsfähig.

Die Regelung über das Erfordernis unserer vorherigen Leistungszusage nach Teil I § 5 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 6 Abs. 3.

d) ambulante Operationen

Als ambulante Operationen gelten die in Abschnitt C VIII Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführten Leistungen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören

- der operative Eingriff (ohne physikalische Therapiekosten),
- die Anästhesie,
- die pathologische Untersuchung des Operationspräparates.

e) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei der Nachversicherung gemäß Teil I § 34 Abs. 1 eingeschlossen.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

a) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen),

chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Brücken, Stiftzähne, Kronen bzw. Teilkronen (siehe c)) und Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

b) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der GOZ.

c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

Nicht erstattungsfähig sind:

- mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,
- Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- mehr als vier Implantate pro Kiefer.

d) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen und Edelmetallen sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Für Einlagefüllungen (Inlays) aus Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik werden die Aufwendungen in Höhe der Kosten für entsprechende Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetallen erstattet. Die Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

e) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

f) Kieferorthopädische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

§ 4 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 17 Abs. 2 der für die

nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 18 Abs. 2 Rechnung getragen.