

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarife mit Tarifbedingungen

Basisschutz - Tarife 2007, 2037 für ambulante Heilbehandlung, Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung, Tarif 2305 für zahnärztliche Heilbehandlung Einzelversicherung

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Gelten Wartezeiten?
- § 5 Welche Selbstbeteiligungen gelten?
- § 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?

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

Als Basisschutz gilt eine Versicherung nach den Tarifen 2007 (bzw. 2037), 2305 in Kombination mit Tarif 722. Die Tarife 2007 (bzw. 2037), 2305 können nur als Kombination mit Tarif 722, nicht aber einzeln abgeschlossen werden.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

(1) Ambulante Heilbehandlung

- a) Ärztliche Leistungen
100% (max. 1,7fach des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für persönliche ärztliche Leistungen, max. 1,3fach des Gebührensatzes der GOÄ für medizinisch-technische ärztliche Leistungen)
- b) Psychotherapie
100% bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr
- c) Arzneimittel
80%*
- d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
100% wie ärztliche Leistungen (siehe § 3 Abs. 1 d))
- e) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
80%*
- f) Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)
80%*
- g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung
100%
- h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
100%

* bis zu einem Rechnungsbetrag für Arzneimittel, Hilfsmittel und Sehhilfen von insgesamt 5.112,92 EUR pro Versicherungsjahr. Bei höheren Rechnungsbeträgen wird der darüber liegende Betrag mit 100% erstattet. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem

die Arzneimittel und Hilfsmittel (einschließlich Sehhilfen) bezogen werden.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Nachstehende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) werden in tariflichem Umfang erstattet.

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen
100%
- b) Belegärztliche Behandlung
100%, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.
- c) Schwangerschaft und Entbindung
100%
- d) Ergänzend gilt:
In Krankenhäusern, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden bei Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer die Behandlungs- und Pflegekosten zu 60% erstattet.
- e) Hospizversorgung
100%

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

- a) Zahnbehandlung
100% (max. 2,0fach des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ))
- b) Zahnprophylaxe (für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr)
100% (max. 2,0fach des Gebührensatzes der GOZ)
- c) Zahnersatz
70% (max. 2,3fach des Gebührensatzes der GOZ)
- d) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)
70% (max. 2,0fach des Gebührensatzes der GOZ)
- e) Zahnimplantologie
70% (max. 2,0fach des Gebührensatzes der GOZ)
- f) Kieferorthopädische Leistungen
70% (max. 2,3fach des Gebührensatzes der GOZ)
- g) Soweit die unter a) bis f) genannten Leistungen nach der GOÄ berechnet werden können, sind persönliche ärztliche Leistungen bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes der GOÄ, medizinisch-technische ärztliche Leistungen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes der GOÄ erstattungsfähig.
- h) Ergänzend gilt:
aa) Während der ersten drei Versicherungsjahre werden die tariflichen Leistungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr jeweils bis zu höchstens 766,94 EUR erbracht.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für

zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif 2305 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif 2305 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Versicherungsjahr 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.

bb) Bei Zahnersatz, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen, Zahnimplantologie sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Versicherungsjahres 1.533,88 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 § 20 Abs. 1 berechtigt, für den 1.533,88 EUR übersteigenden Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Zahnimplantologie sowie Kieferorthopädie eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung bis zur Hälfte (während der ersten drei Versicherungsjahre im Rahmen der tariflichen Höchstbeträge) vorzunehmen.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass für den 1.533,88 EUR übersteigenden Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Zahnimplantologie sowie Kieferorthopädie die Leistungsfreiheit auf die Hälfte (während der ersten drei Versicherungsjahre im Rahmen der tariflichen Höchstbeträge) begrenzt ist.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(4) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

Die Aufwendungen für 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.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind - mit Ausnahme der Behandlungen durch Heilpraktiker - bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

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

Zu den ärztlichen Leistungen zählen z.B. Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutent-

nahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen sowie Dialysen und Heimdialysen.

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 § 3 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 Stärkungspräparate, Mittel, 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.

Bei Leistungen von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zugrundegelegt.

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

e) Hilfsmittel

aa) Freier Bezug

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, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.

bb) Nach Einbindung des Versicherers

Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.

cc) Leihgeräte

Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.

f) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und Kontaktlinsen.

g) 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.

h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung - einschließlich Psychotherapie - 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 geltenden 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 Behandlungs-

erfolg 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 § 3 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 4 Abs. 3.

d) 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.

e) Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.

Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.

Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.

(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 diagnostische 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

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

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

b) Zahnprophylaxe

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

Als Zahnprophylaxe gelten jedoch nicht Leistungen für professionelle Zahnreinigung (siehe Abs. a)).

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

c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

d) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

e) Zahnimplantologie einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens sowie der mit den implantologischen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen

f) Kieferorthopädische Leistungen

§ 4 Gelten Wartezeiten?

Die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3 entfallen. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 5 Welche Selbstbeteiligungen gelten?

In den jeweiligen Tarifen gelten folgende Selbstbeteiligungen - ausgenommen die Aufwendungen für Arzneimittel und Hilfsmittel (einschließlich Sehhilfen):

2007 - ohne Selbstbeteiligung

2037 - 306,78 EUR

Im Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 können mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsgemäß pro Tarif festgelegten Selbstbeteiligungen angepasst werden.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, werden die Selbstbeteiligungen für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung einer summenmäßigen Selbstbeteiligung während eines Kalenderjahres.

Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung der summenmäßigen Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt.

Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird auf die neue Selbstbeteiligung jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, so bleibt die Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung unberührt.

§ 6 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 § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.