

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarife mit Tarifbedingungen

Tarife VSP 600, VSP 1200, VSP 2400 Einzelversicherung

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

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?
- § 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 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?
- § 7 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?

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

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

(1) Ambulante Heilbehandlung

- a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
100% bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- b) Behandlungen durch Heilpraktiker
100% im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), maximal 1.800 EUR pro Versicherungsjahr einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel
- c) Psychotherapie
100% bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr
- d) Arzneimittel
100%
- e) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
100%
- f) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)
100%
- g) 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.
- h) Dialyse
100%
- i) Schutzimpfungen
100%

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

k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
100%

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

(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% bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

c) Wahlleistung besondere Unterkunft im Zweibettzimmer
100%

d) Wahlärztliche Behandlung
100% bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

e) Schwangerschaft und Entbindung
100%

f) Krankenhaustagegeld

Wir zahlen ein ersatzweises Krankenhaustagegeld von bis zu 50 EUR wie folgt

- 25 EUR, wenn auf die Wahlleistung Zweibettzimmer verzichtet wird und
- 25 EUR, wenn auf die wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung verzichtet wird.
- Für versicherte Personen bis vollendetes 16. Lebensjahr wird in beiden Fällen jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

g) Hospizversorgung
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, kieferorthopädische Leistungen (für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr)
75% bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ

c) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Auf-

wendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

d) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn der Tarife VSP 600, VSP 1200 und VSP 2400 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 1.000 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 2.000 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 3.000 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 4.000 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 1.000 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 den Tarifen VSP 600, VSP 1200 und VSP 2400 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus den Tarifen VSP 600, VSP 1200 und VSP 2400 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 für den Versicherungsfall 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 § 20 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 § 20 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 § 20 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

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage (siehe Abs. 1 bis 3) erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

Zusätzlich werden bei Auslandsaufenthalten folgende Aufwendungen erstattet:

a) Transportkosten
100%

b) Überführungskosten
100%

Die Aufwendungen nach Satz 1 und 2 erstatten wir 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.

Diese Aufwendungen 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.

(5) 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.

Erstattungsfähig sind Kosten für

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

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 h).

Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infer-

tilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.

b) Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem geltenden GebüH berechenbar sind.

c) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen bzw. dem jeweils geltenden GebüH 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.

d) 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.

e) 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, Heilpraktiker oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

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

f) 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 Versicherten

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.

g) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

h) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlenen Einzel- und Mehrfach-

impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Enzephalitis.

i) 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.

j) 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.

k) 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) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechenbar sind. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als Wahlleistungen die Inanspruchnahme von Zweibettzimmern einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie ärztliche Leistungen und medizinisch begründete Nebenkosten. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

d) 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) bis c) 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.

e) Schwangerschaft und Entbindung

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

f) Krankenhaustagegeld

Soweit auf die Wahlleistung Zweibettzimmer verzichtet wird, zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld. Es wird ebenfalls ersatzweise ein Krankenhaustagegeld gezahlt, soweit auf die wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung verzichtet wird.

Kein Anspruch auf das ersatzweise Krankenhaustagegeld besteht für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder wenn sich die stationäre Behandlung auf we-

niger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

g) 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 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:

- Kosten für mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,
- Kosten für Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- Kosten für 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) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Transportkosten

Erstattungsfähig sind alle für den Erkrankten entstandenen Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport (einschließlich Ambulanzflugzeug) ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

b) Überführungskosten

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland werden alle unmittelbaren Kosten einer Überführung des Leichnams an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz erstattet. Überführungskosten werden ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären, erstattet.

Im Falle einer Beisetzung im Ausland werden die Bestattungskosten maximal in Höhe der Kosten erstattet, die durch eine Überführung entstanden wären (siehe § 2 Abs. 4).

§ 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?

Für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung insgesamt gelten folgende Selbstbeteiligungen:

VSP 600 - 330 EUR

VSP 1200 - 660 EUR

VSP 2400 - 1.320 EUR

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, sowie in den darauf folgenden Kalenderjahren reduzieren sich die Selbstbeteili-

gungen. Die Selbstbeteiligungen betragen ab diesem Zeitpunkt:

VSP 600 - 165 EUR

VSP 1200 - 330 EUR

VSP 2400 - 660 EUR

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 können mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig pro Tarif festgelegten Selbstbeteiligungen erhöht werden.

Die jeweilige Selbstbeteiligung gilt auch für die Leistung gemäß § 2 Abs. 1 j) (Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung).

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel einschließlich Sehhilfen bezogen werden.

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 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 30 können tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

§ 7 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.