



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- vollversicherung (KV966_202307)

Teil II Leistungsregelungen Tarif MAX6 +

Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- versicherung

Inhalt

§ 1	Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	§ 6	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 7	Monatsbeiträge
§ 3	Wegfall von Wartezeiten	§ 8	Übertragungswert
§ 4	Tariflicher Selbstbehalt		Anlage
§ 5	Garantierte Beitragsrückerstattung (Gesundheitsplus)		Anhang

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs MAX6 +

§ 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührevorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) und Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter Heilpraktikern frei.

b) Zusätzlich hat die versicherte Person bei ambulanter Behandlung freie Wahl unter Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe.

c) Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor-, Röntgen- oder physiotherapeutische Leistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.

d) Aufwendungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn die psychotherapeutische Behandlung von einem in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Psychologen oder von einem approbierten Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird.

e) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen, den frei gemeinnützigen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

f) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von e) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen,

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätten durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war,
- wenn während eines Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- bei Notfallbehandlungen.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einem in Absatz 2a) genannten Leistungserbringer verordnet sein. Für Sehhilfen ist die Verordnung eines Facharztes für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung eines Optikers erforderlich. Arzneimittel müssen von einer Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden, gelten jedoch als Arzneimittel. Ist aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, zählen Aufwendungen für verordnete Sondennahrung (enterale Ernährung) und Dauerinfusion (parenterale Ernährung) ebenfalls zu den Arzneimitteln.

(4) Erstattungsfähige Behandlungsmethoden

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(5) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(6) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungs-



nehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(7) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

1. Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. § 1 Abs. 7 Punkt 2a) bleibt unberührt. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger - Ausnahme siehe § 2 Abs. 2) - ambulante und stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern es sich um sog. Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen z. B. aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie (Krebserkrankung), Angiologie (Gefäßerkrankungen), Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie (Hormonerkrankungen) oder Gynäkologie handelt und die AHB innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Die Frist gilt nicht, wenn der Beginn einer AHB aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie nach einer Tumorbehandlung) früher nicht möglich ist. Ist ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) vorhanden, sind gegebenenfalls nur Eigenbehalte erstattungsfähig.

e) für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Leistungseinschränkungen:

a) Bei Suchterkrankungen werden die Kosten für insgesamt 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen erstattet, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Die Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind auf die allgemeinen Krankenhausleistungen beschränkt. Privatärztliche Behandlungskosten sowie gesondert berechenbare Unterbringungszuschläge sind nicht erstattungsfähig.

b) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Soweit Aufwendungen bei einer Auslandsbehandlung nicht nach GOÄ, GOZ, GOP, GebÜH oder den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten sie als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Ausnahme siehe §2 Abs. 7 in diesen Bedingungen.

c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

d) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Ambulante Behandlung

a) Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ärztliche Leistungen werden über die Höchstsätze der GOÄ erstattet, wenn eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Aufwendungen für eine Behandlung durch einen Heilpraktiker sind, mit Ausnahme psychotherapeutischer Behandlungen, erstattungsfähig, wenn sie im GebÜH in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind. Sie werden bis zu den Höchstbeträgen des GebÜH erstattet.

c) Behandlung durch Osteopathen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Leistungen, wenn:

- diese medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- diese von einem Arzt verordnet wurden.

Osteopathische Leistungen, die von einem Osteopathen ohne Heilpraktiker- oder ärztlicher Zulassung erbracht werden, z. B. Physiotherapeuten, müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden. Der Leistungserbringer muss Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen sein oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einem Verband der Osteopathen berechtigt. Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung.

d) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen unabhängig vom erreichten Alter.

Darüber hinaus werden nachfolgende Vorsorgeuntersuchungen erstattet unabhängig vom erreichten Alter:

Im Rahmen der Allgemeinen Vorsorge:

- Glaukomvorsorge grüner Star
- Großer Gesundheits-Check
- Hirnleistungs-Check
- HIV-Test
- Lungen-Check - Lungenfunktionstest
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung - Osteodensitometrie
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check - Sonografie-Ultraschall der inneren Organe
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge PSA-Test

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Im Rahmen der Krebsvorsorge:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenvorsorge:

- Augencheck
- Gehörcheck
- J2 Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielvorsorge
- U6a Vorsorgeuntersuchungen
- U9a/U9b Vorsorgeuntersuchungen

Kann sich dieser Vorsorgekatalog weiterentwickeln?

Die erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen werden regelmäßig auf den Anpassungsbedarf im Hinblick auf geänderte medizinische Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Das gilt sowohl für Neukunden als auch für bestehende Verträge.

e) Schutzimpfungen

Erstattet werden Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden, sowie die Kosten für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen, Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe.

Die Aufwendungen für berufsbedingte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten der Impfung zu übernehmen.

f) Behandlungen im Rahmen des Hufelandverzeichnisses

Erstattet werden die Aufwendungen für Erst- und Folgebehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel durch Ärzte oder Heilpraktiker im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses.



g) Schwangerschaft und Entbindung

Aufwendungen für Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung werden über die Höchstsätze der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) erstattet.

Des Weiteren sind für in diesem Tarif MAX6+ versicherte werdende Mütter Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.

Die Nachbehandlung von Hebammen nach Entbindung wird ebenfalls in den ersten 10 Tagen nach der Geburt erstattet.

Bei einer Hausgeburt erstatten wir zusätzlich eine Pauschale von 600 EUR für weitere Kosten.

h) Psychotherapie

Aufwendungen für ambulante Psychotherapie werden über die Höchstsätze der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) bis zu maximal 50 Sitzungen je Kalenderjahr (= Versicherungsjahr) erstattet.

Ausgenommen ist ambulante Psychotherapie, die von einem Heilpraktiker durchgeführt wird.

i) Arzneimittel, Verbandmaterial, Heilmittel und Hilfsmittel

Arzneimittel und Verbandmaterial:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmaterial werden zu 100 % erstattet.

Als erstattungsfähiges Arzneimittel werden auch Arzneimittel einer Internetapotheke erstattet, sofern ein entsprechendes Rezept vorliegt.

Heilmittel:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden zu 100 % erstattet.

Als erstattungsfähige Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie z. B. Inhalation, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Ernährungstherapie, Wärmebehandlung, Kältetherapie, Elektrotherapie sowie Lichttherapie.

Hilfsmittel:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel werden zu 100 % erstattet.

Übersteigen die zu erwartenden Kosten für das Hilfsmittel den Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR, muss dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Kostenvoranschlag eingereicht werden. Wird die Zusage vorab nicht eingeholt, kann die Erstattung auf die Standardausführung gekürzt werden.

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Das sind z. B. Hörgeräte, Perücken, Sprechhilfen, orthopädische Schuhe, Einlagen, Gehhilfen, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen, Schlafapnoegeräte, Krankenfahrstühle.

Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch werden erstattet.

Ebenfalls erstattungsfähig ist die Anschaffung eines Blindenführhunds einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, deren Kosten die Pflegepflichtversicherung zu erstatten hat.

Sehhilfen werden unter Buchstabe j) geregelt.

j) Sehhilfen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen, Sonnenbrillen mit Sehstärke) werden zu 100 % erstattet. Die Erstattung ist dabei auf 600,00 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren begrenzt.

k) Refraktive Chirurgie

Die Aufwendungen für refraktive Chirurgie (z. B. Laserverfahren LASEK, LASIK oder refraktiven Linsenaustausch zur Sehschärfenkorrektur inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden auch über die Höchstsätze der GOÄ, wenn eine gültige individuelle Honorarvereinbarung vorliegt, bis max. 5.000 EUR für beide Augen erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht nach 5 Kalenderjahren.

Die Begrenzung gilt nicht für medizinisch notwendige Behandlungen, z. B. Katarakt-OP.

l) Transport- und Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- zur ambulanten Notfallbehandlung,
- bei ambulanter Dialyse,
- bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie sowie
- bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit,

- bei stationärsersetzenden ambulanten Operationen am Tag der Operation

zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Bei einer Entfernung von bis zu 30 km sind in den oben genannten Fällen auch die Aufwendungen für Transporte und Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus erstattungsfähig.

Für medizinisch notwendige Transporte werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

Für medizinisch notwendige Fahrten werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch für die Hin- und Rückfahrt insgesamt maximal 50,00 EUR erstattet. Eine Fahrt liegt vor bei Taxifahrten, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten im privaten Fahrzeug. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden als erstattungsfähiger Betrag 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer zugrunde gelegt.

m) Künstliche Befruchtung

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für maximal 4 Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren (z. B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) sowie für in diesem Zusammenhang verordnete Arzneimittel.

Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- das Vorliegen einer organisch bedingten Sterilität der versicherten Person,
- dass nach fachärztlich gynäkologischer Feststellung eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht,
- dass die zu behandelnde weibliche Person das 41. Lebensjahr bei Beginn der Behandlung noch nicht überschritten hat,
- dass die Behandlung dem deutschen Recht entspricht.

Nach maximal 2 durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Geburten besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

Darüber hinaus werden 100 % für Kryokonservierung von Ei- oder Spermienzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen erstattet, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss. Die oben genannten Altershöchstgrenzen gelten ebenso.

Dabei erstatten wir die Kosten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen.

Besteht ein Anspruch des bei dem Versicherer nicht versicherten Partners auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs, einem sonstigen Leistungsträger oder einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, werden nur die Aufwendungen tariflich erstattet, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

n) Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder spezifische Hilfeleistungen (Bsp. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung),

- die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen,
- die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und
- die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden.

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) geschlossen hat.

Die Aufwendungen sind pro versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) verlangen kann.



o) Familien- und Haushaltshilfen

Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen werden unter nachfolgenden Voraussetzungen erstattet:

Während eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person, wenn

- es sich bei der versicherten Person um die haushaltsführende Person handelt und
- ein Kind im Haushalt lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder ein Kind im Haushalt lebt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person sich um dieses Kind kümmern sowie den Haushalt führen kann.

Darüber hinaus sind Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen auch nach einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder einer Reha der versicherten Person erstattungsfähig, wenn

- diese den Haushalt nicht weiterführen kann und
- die versicherte Person die haushaltsführende Person ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann.

In diesem Fall wird bis zu 4 Wochen geleistet.

oder

- diese den Haushalt nicht weiterführen kann und
- die versicherte Person die haushaltsführende Person ist und
- wenn ein Kind im Haushalt lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder ein Kind im Haushalt lebt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist.

In diesem Fall wird bis zu 26 Wochen im Kalenderjahr geleistet.

Grundsätzlich werden in allen Fällen max. 100 EUR pro Tag erstattet.

Auch für Haushaltshilfen gilt § 1 Abs. 7 Punkt 1e).

Hat der Versicherte gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Familien- und Haushaltshilfen, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Es wird dann nur für solche Kosten geleistet, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

p) Leistung bei Krankheit des Kindes

Bei Krankheit eines ebenfalls im Tarif MAX6 + versicherten Kindes einer versicherten Person, wird ein Tagegeld als Pauschale in Höhe von 100 EUR gezahlt. Die Leistung ist auf 10 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Voraussetzung für die Zahlung des Tagegelds ist,

- dass das Kind seinen 12. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist,
- dass die versicherte Person ihr erkranktes Kind betreuen muss und deshalb der beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann,
- dass die versicherte Person für diese Zeit weder Entgelt von ihrem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und
- dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

q) Sozialpädiatrie und Frühförderung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch verordnete Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen. Aufwendungen von anderen Kostenträgern werden abgezogen.

(2) Ambulante und stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen nach §2 Abs. 1 in einem Kurort oder Heilbad inkl. der Kosten für Kurtaxe und Kurplan. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind ausgeschlossen.

Bei stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen wird darüber hinaus ein Tagegeld in Höhe von 50 EUR für max. 28 Tage erstattet.

Voraussetzung für die Zahlung des Kurtagegelds ist,

- dass die Kur von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet wurde und
- dass die Kur unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

Ein erneuter Anspruch besteht sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Kur nach Ablauf von 3 Kalenderjahren.

(3) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

a) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden

100 % der Aufwendungen für

allgemeine Krankenhausleistungen erstattet. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (siehe Anhang). Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet. Insbesondere gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson bei stationärer Behandlung eines Kindes, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, als medizinisch notwendig.

b) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden die Aufwendungen für Unterkunft, für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie für medizinisch begründete Nebenkosten bis maximal zu dem Betrag erstattet, der die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung durchschnittlich berechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen um nicht mehr als 50 % übersteigt. Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Hebammen und Entbindungshelfer werden auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung mit entsprechender Honorarvereinbarung erstattet, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

c) Außerdem werden folgende Aufwendungen zu 100 % ersetzt:

- belegärztliche Leistungen sowie Leistungen für Beleghebammen und Entbindungshelfer auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung mit entsprechender Honorarvereinbarung, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden;
- psychotherapeutische stationäre Behandlungen;
- der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
- Aufwendungen für Wahlleistungen:
 - Gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung auch über die Höchstsätze der GOÄ mit entsprechender Honorarvereinbarung
 - Gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung)
 - Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

d) Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im 1- oder 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 80,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40,00 EUR gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 40,00 EUR gezahlt.

(4) Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder in dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altenheime und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Kann eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden, sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, ebenfalls erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante, stationäre oder teilstationäre Versorgung werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z. B. aus der privaten Pflegeversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

(5) Zahnärztliche Behandlung

Grundsätzliche erstattungsfähige Höhe der Aufwendungen

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung mit entsprechender Honorarvereinbarung erstattet,



wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

a) Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung werden zu 100 % erstattet. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

b) Zahnprophylaxe

Für Zahnprophylaxe werden 100 % der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß dem GOZ-Abschnitt, der prophylaktische Leistungen regelt, erstattet.

c) Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie

Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie werden zu 90 % erstattet.

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten in angemessener Höhe.

Leistungsbegrenzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie für Inlay-Behandlungen sind pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:

- 1.000,00 EUR im 1. Versicherungsjahr
- 2.000,00 EUR im 2. Versicherungsjahr
- 3.000,00 EUR im 3. Versicherungsjahr
- 4.000,00 EUR im 4. Versicherungsjahr

Ausgehend von diesen Höchstbeträgen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend § 2 Abs. 5 Buchstabe c) errechnet. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Vom 5. Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr.

Diese Begrenzungen entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

d) Heil- und Kostenplan

Übersteigt bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlay-Behandlungen der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.500,00 EUR, soll dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

(6) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

- a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und
- b) durch einen in § 1 Abs. 2 a) oder in § 1 Abs. 2 d) aufgeführten Leistungserbringer verordnet wurden.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

(7) Leistungen im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne vorherigen Anzeige gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB beim Versicherer Versicherungsschutz von bis zu 9 Monaten. Sofern der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über 9 Monate hinaus ausgedehnt werden muss, besteht für die medizinisch notwendige Heilbehandlung Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei Auslandsaufenthalten werden folgende Leistungen erstattet:

Erstattungsfähig sind die gemäß § 2 Ziffern 1 bis 5 versicherten Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils dort ortsüblichen Aufwendungen zugrunde gelegt. § 1 Abs. 7 Punkt 2b), 2. Absatz, wird in diesen Fällen nicht angewendet.

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in Deutschland übersteigen. Dies gilt nicht, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht durchführbar ist.

Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Zusätzliche Leistungen im Ausland

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport des Erkrankten. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus erfolgen. Für den Rücktransport bietet der Versicherer einen 24-Stunden-Notrufservice an und übernimmt auf Wunsch des Versicherten die Organisation des Rücktransports. Wird der Rücktransport nicht durch den Versicherer organisiert, ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Erstattungsfähig sind zudem die unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Leichnams der versicherten Person an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz bis zu 15.000,00 EUR. Die für die Bestattung am Sterbeort entstehenden Kosten dürfen die vergleichbaren Überführungskosten zum ständigen Wohnsitz nicht übersteigen.

(8) Beitragsfreiheit bei Nachversicherung eines Kindes ab Geburt

Wird ein Kind ab Geburt im Tarif MAX6+ versichert, ist für das Kind bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs kein Beitrag zu zahlen. Ein Beitrag wird erst ab Beginn des Monats fällig, der auf den 1. Geburtstag folgt. Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit:

- Der im Tarif MAX6+ versicherte Elternteil ist seit mindestens 8 Monaten vor der Geburt und auch während der Beitragsfreiheit des Kindes ununterbrochen in diesem Tarif versichert.
- Die Beiträge des im Tarif MAX6+ versicherten Elternteils sind vor der Geburt vollständig bezahlt.
- Das Kind wurde spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet.
- Die Versicherung wird für das Kind bis zur Vollendung des 3. Lebensjahrs nicht aufgrund §13 Abs. 1 oder Abs. 5 Teil 1 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung gekündigt.
- Das Kind wird im gleichen Vertrag wie der versicherte Elternteil geführt.

Ist eine dieser genannten Voraussetzungen nicht gegeben, besteht kein Anspruch auf Beitragsfreiheit. In diesem Fall können die entsprechenden Beiträge auch nachträglich erhoben werden.

Die Beitragsfreiheit gilt entsprechend auch für Kinder, die im 1. Lebensjahr adoptiert werden.

§ 3 Wegfall von Wartezeiten

Die allgemeine und die besondere Wartezeit gemäß § 4 Teil I AVB entfallen.

§ 4 Tariflicher Selbstbehalt

1) Allgemeine Bestimmung

Von den unter § 2 genannten Versicherungsleistungen wird bei Tarif MAX6+ ein Selbstbehalt von 600,00 EUR für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Selbstbehalt bei dem Tarif MAX6+ 300,00 EUR. Ausgenommen davon sind Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe d), für Zahnprophylaxe (§ 2 Abs. 5 Buchstabe b) und für Schutzimpfungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe e). Darüber hinaus sind Aufwendungen für ärztliche Behandlungen durch unseren für diesen Tarif gewählten Kooperationspartner für Telemedizin, ebenfalls ausgenommen. Gleiches gilt für in diesem Zusammenhang verschriebene Rezepte. Informationen zum Kooperationspartner werden mit der Police zur Verfügung gestellt. Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

2) Sonderfälle

a) Beginn oder Ende während eines Versicherungsjahrs

Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals eines Kalenderjahrs, ermäßigt sich für das 1. Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im 3. oder 4. Quartal um jeweils ein weiteres Viertel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahrs, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

b) Tarifwechsel während eines Kalenderjahrs

Bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung des SB-Höchstbetrags während des 2., 3. oder 4. Quartals eines Kalenderjahrs gilt die unter Buchstabe a) aufgeführte Regelung entsprechend.



Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des SB-Höchstbetrags gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils getragene SB-Höchstbetrag ungekürzt. Dies gilt auch, wenn der SB-Höchstbetrag unverändert bleibt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen SB-Höchstbetrag jeweils angerechnet.

§ 5 Garantierte Beitragsrückerstattung (Gesundheitsplus) bei Leistungsfreiheit

1) Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung

Unter folgenden aufgeführten Voraussetzungen wird bei Leistungsfreiheit eine garantierte Beitragsrückerstattung von 1.500,00 EUR im Jahr erbracht:

- Das 21. Lebensjahr der versicherten Person ist bereits vollendet.
- Der Versicherungsvertrag nach Tarif MAX6+ besteht zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs.
- Zum Auszahlungstermin liegen keine schwebenden Versicherungsfälle und Beitragsrückstände vor.
- Der Versicherer hat für die versicherte Person keine Leistungen für das betreffende Kalenderjahr zu erbringen.
- Im jeweiligen Kalenderjahr bestand ununterbrochen Versicherungsschutz für die betreffende versicherte Person nach Tarif MAX6+.

Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe d), für Zahnprophylaxe (§ 2 Abs. 5 Buchstabe b) und für Schutzimpfungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe e) schädigen jedoch die Auszahlung der Beitragsrückerstattung nicht. Das Gleiche gilt für Aufwendungen für ärztliche Behandlungen durch unseren für diesen Tarif gewählten Kooperationspartner für Telemedizin. Ebenso für in diesem Zusammenhang verschriebene Rezepte. Informationen zum Kooperationspartner werden mit der Police zur Verfügung gestellt. Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die garantierte Beitragsrückerstattung für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahrs um ein Zwölftel.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des auf das leistungsfreie Jahr folgenden Kalenderjahrs gezahlt.

Sollten die Rechnungen nach dem 01.07. eingereicht werden, werden die offenen Rechnungsbeträge nach Leistungsprüfung mit der Beitragsrückerstattung verrechnet.

2) Option auf Wegfall der garantierten Beitragsrückerstattung

Der Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung (Gesundheitsplus) kann bei folgenden Ereignissen der versicherten Person abgewählt werden:

- Geburt eines Kindes,
- Eintritt der erstmaligen Erwerbsminderung,
- erstmaliger Bezug der Altersrente, oder
- Eintritt der erstmaligen Pflegebedürftigkeit.

Die Option muss binnen 6 Monaten nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden. Die daraus resultierende Beitragsreduzierung wird zum Monatsersten, der auf das Ereignis folgt, wirksam.

Es sei denn, der Versicherungsnehmer beantragt den Wegfall erst zum 01.01. des Folgejahrs.

§ 6 Sonstige Tarifbestimmungen

1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

2) Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 7 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahrs, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahrs folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahrs folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

§ 8 Übertragungswert

Bei dem Tarif MAX6+ besteht Anspruch auf einen Übertragungswert gemäß § 13 Abs. 8 Teil I der AVB.



Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes 3 Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder 3 Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbands der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankengesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von 3 Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Kran-

kenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankengesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
2. Eignung der Leistungserbringer,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen und
7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Fall von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.