Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Tarif ExpertPLUS
Serviceversicherung
zu Tarifen mit stationärem Top-Schutzniveau

Stand: 01.10.2012, SAP-Nummer: 331679, 10.2012

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die beim Versicherer ein stationärer Versicherungsschutz besteht, der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ oder darüber hinaus erstattet (Top-Schutzniveau).

II. Leistungsvoraussetzung

1. Versicherungsschutz besteht bei Behandlung folgender Erkrankungen:

Diagnose/Art der Erkrankung	Potenzielle Therapie	Fachrichtung
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems		
Herzklappenfehler (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Bypass-Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Koronar-Angioplastie)	Therapeutische Koronar-Angioplastie (therapeutischer „Herzkatheter“)	Kardiologie
Erkrankungen der Halsschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Gefäßchirurgie
Erkrankungen der Hauptschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie
Bösartige Tumorerkrankungen		
Tumoren des Gehirns (auch gutartig)	Operation	Neurochirurgie
Tumoren der weiblichen Brustdrüse	Operation	Gynäkologie
Wiederaufbau der weiblichen Brustdrüse nach Tumorerkrankungen	Operation	Gynäkologie, Plastische Chirurgie
Tumoren der Gebärmutter	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Gebärmutterhalses	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Eierstocks	Operation	Gynäkologie
Tumoren der Prostata	Operation	Urologie
Tumoren des Hodens	Operation	Urologie
Tumoren der Blase	Operation	Urologie
Tumoren der Niere	Operation	Urologie
Tumoren des Magens	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren des Darmes	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren der Speiseröhre	Operation	Viszeralchirurgie
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems		
Bandscheibenvorfall (Indikation für Bandscheibenentfernung und/oder -ersatz, Wirbelversteifung)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie
Kreuzbandriss (Knie)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Störung der Knochenbruchheilung	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Korrekturbedürftige Fehlstellung nach Knochenbruch	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Knocheninfektion	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie

2. Die Leistungen setzen eine fachärztlich gesicherte Diagnose einer der in der Tabelle aufgeführten Erkrankungen voraus. Kann die Diagnose erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Therapie sicher erstellt werden, genügt auch ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht.

3. Weiterhin muss der entsprechende Facharzt die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien als mögliche Behandlungsalternativen bewertet haben.

4. Der Nachweis dieser Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von fachärztlichen Befunden zu erbringen.

Der Versicherer richtet eine Spezialeinheit ein, an die Mitteilungen (z. B. per Brief, Fax oder e-Mail) im Rahmen des Tarifs ExpertPLUS zu richten sind.

Die ärztlichen Befunde müssen auf einem Formblatt an die Spezialeinheit übermittelt werden. Das Formblatt wird dem Kunden ausgehändigt. Die Fünf-Tage-Frist (siehe IV., 1.3) beginnt nur, wenn der Briefumschlag mit dem deutlich sichtbaren Vermerk

"ExpertPLUS – eilt!"

oder sinngemäß gekennzeichnet ist.

Die Unterlagen werden Eigentum des Versicherers. Die Kosten dieser Befundberichte werden vom Versicherer erstattet.

III. Versicherungsfall

1. Ein Versicherungsfall beginnt mit der ersten ärztlichen Untersuchung, die auf die Erkennung einer nach ExpertPLUS versicherten Diagnose gerichtet ist.

2. Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die Therapie auf eine Erkrankung der Diagnoseliste ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

3. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

IV. Versicherungsleistungen

Sind die Voraussetzungen erfüllt, leistet der Versicherer in der Bundesrepublik Deutschland wie in den Punkten 1 bis 4 dargestellt:

1. Organisation der Behandlung durch Experten

1.1. Der Versicherer organisiert auf der Grundlage des zugrundeliegenden Stationärversicherungsschutzes die Durchführung der in der Tabelle (siehe II.) aufgeführten Operation und/oder Behandlung durch einen Experten (siehe IV. 1.2.) in Deutschland. Erfolgt keine Operation oder Behandlung, besteht die Expertenleistung in einer ärztlichen Zweitmeinung , ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

1.2. Experten im Sinne des Tarifes ExpertPLUS sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind und sich als Ärzte für Behandlungen aus dem Tarif ExpertPLUS beim Versicherer vertraglich verpflichtet haben.

Zur Feststellung, ob Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedient sich der Versicherer öffentlich zugänglicher Qualitätskriterien und der Kenntnis seines medizinischen Beirates. Dieser ist mit vom Versicherer unabhängigen Fachleuten besetzt; die Zusammensetzung kann jederzeit eingesehen werden.

1.3. Der Versicherer sichert zu, dass
- die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von 5 Werktagen (außer Samstag) erfolgt, nachdem er die erforderlichen Nachweise gemäß II. 4. erhalten hat.

Die Fünf-Tage-Frist beginnt einen Tag, nachdem der Spezialeinheit des Versicherers die Nachweise, mit dem deutlich sichtbaren **Vermerk "ExpertPLUS – eilt!"** gekennzeichnet, zugegangen sind und der Versicherte mitgeteilt hat, bei welchem der zur Verfügung stehenden Experten er in Behandlung gehen möchte.

Sollte der Versicherte nicht transportfähig sein, beginnt die Frist zu laufen, nachdem er der Spezialeinheit die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitgeteilt hat.

1.4. Ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann die Operation oder Sprechstunde durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen heißt, dass der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

1.5. Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht kein Anspruch, dass nach der Empfehlung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch den Experten aus dem Ärztenetz erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes auch von anderen Behandlern erbracht werden.

1.6. Der Versicherer entscheidet, mit welchen Experten er im Tarif ExpertPLUS zusammenarbeitet. Der Versicherer kann die Zusammenarbeit mit einzelnen Experten jederzeit beenden, insbesondere, wenn diese sich nicht an die getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität) halten.

Die Aufnahme eines Arztes oder Behandlers in das Ärztenetzwerk oder die Beendigung der Zusammenarbeit haben keinen Einfluss auf die vertraglichen Beziehungen des Versicherten zu dem Arzt oder Behandler und auch nicht auf die Erstattungsfähigkeit dessen Honorars aus dem bestehenden Stationärtarif. Mit der Beendigung der Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk ist lediglich eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen des ExpertPLUS nicht mehr möglich.

1.7. Der Versicherte kann unter den vorgeschlagenen Experten (siehe IV. 1.2.) wählen. Durch die Auswahl der Experten ergibt sich, wo die Expertenleistungen erbracht werden.

2. Aufwandspauschale

Ist der Versicherungsfall nachgewiesen, leistet der Versicherer in jedem Fall eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR, unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Nachweis entsprechender Kosten ist nicht erforderlich.

3. Ersatzpauschale

Kann die Fünf-Tage-Frist ausnahmsweise nicht eingehalten werden, besteht Anspruch auf eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR. Das Recht des Versicherten, einen weitergehenden Schaden nachzuweisen, bleibt unberührt. Der Versicherer versucht danach weiterhin, schnellstmöglich die Leistungen zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale besteht erst nach Ablauf der in 4. genannten Fristen.

4. Leistungsanspruch pro Versicherungsfall

4.1. Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht pro Versicherungsfall nur einmal. Ein erneuter Anspruch auf Leistungen besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens nach 12 Monaten.

4.2. Die Frist von zwölf Monaten gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles.

Ergänzende Bedingungen
Der Tarif ExpertPLUS wird von der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG als rechtlich unabhängige Risikoträger (Versicherer) gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. Versicherer ist – auch im Folgenden – der jeweilige Risikoträger, d.h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde. In diesem Tarif wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

§ 2 Wartezeiten
1. Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

2. Die Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den eingetragenen Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Personen, die aus einer deutschen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung auf die Wartezeit angerechnet. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist jeweils, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

§ 3 Ende des Versicherungsschutzes
1. Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des laufenden Jahres.

2. Der Versicherungsnehmer kann den Tarif ExpertPLUS unabhängig vom Weiterbestehen der zugrunde gelegten Stationärtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Die Versicherung im Tarif ExpertPLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem deren Versicherung nach dem entsprechenden Stationärtarif endet.

4. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 5 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 6, kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats von Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 4 Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

3. Die monatlichen Beitragsraten richten sich dann nach dem jeweiligen Lebensalter. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

4. Die Beitragszahlung erfolgt analog den Stationärtarifen

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet sind.
Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 5 Beitragsanpassung

1. Während der Vertragsdauer können sich die Kosten für Versicherungsleistungen aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, und wegen der Häufigkeit der Inanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleichen die Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge von den Versicherern überprüft und, soweit erforderlich, nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten gemeinsamen Versichertenbestand.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Beurteilung durch den Versicherer die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

3. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 6 Änderungen der Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifbedingungen zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienste auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder umgekehrt, neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.
Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der genannten Diagnosen und/oder Therapien angepasst werden.