

Tarif VM 240

Krankheitskostenvollversicherung für Ärzte - mit Selbstbehalt -

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 333591 (V143), 12.2018

Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Allgemeines

1. entfallen

2. Versicherungsfähig sind Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte), die eine ärztliche Tätigkeit ausüben, sowie deren Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben oder von diesem wirtschaftlich abhängig sind.

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden.

4. Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Die versicherten Personen haben in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, die Überführung auf artgleiche Krankheitskostentarife zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a Absatz 2 AVB/KK berücksichtigt. Der Antrag auf Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen getroffen werden.

II. Versicherungsleistungen

1. Leistungsumfang

Ersatz der erstattungsfähigen Kosten für:

- | | |
|---|--------------|
| a) ambulante Heilbehandlung (siehe Ziffer 2) | 100 % |
| b) zahnärztliche Behandlung (siehe Ziffer 3) | |
| – Zahnbehandlung | 100 % |
| – Zahnersatz und Kieferorthopädie (mit Heil- und Kostenplan) | 75 % |
| c) stationäre Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer (siehe Ziffer 5) | 100 % |

Jährlicher Selbstbehalt für Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Behandlung (siehe Ziffer 4):

- | | |
|----------------------|-------------------|
| – für Erwachsene | 1.380 Euro |
| – Kinder/Jugendliche | 690 Euro |

2. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
 - psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ und GOP) liegen und ihren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattet.
- Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung.
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gem. PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfiverordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist;
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
 - a) Brillengestelle (bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
 - b) Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsriegelgeschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle bis zu 2.500 Euro Rechnungsbetrag, künstliche Glieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädisches Schuhwerk bis zu 1.000 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Beatmungsgeräte bis zu 3.000 Euro Rechnungsbetrag, Herz-/Atemmonitore bis zu 3.000 Euro Rechnungsbetrag, Katheter und Stoma-Versorgungsartikel zusammen bis zu 600 Euro Rechnungsbetrag, Miete einer Motorbewegungsschiene bis zu 1.000 Euro Mietgebühr je Versicherungsfall, Blutzuckermessgeräte bis zu 80 Euro Rechnungsbetrag sowie Teststreifen.
 - c) Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten der Reparatur eines Hilfsmittels.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

3. Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- a) Zahnbehandlung
 - operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung), Arzneien)

- Röntgenaufnahmen der Zähne
- b) Zahnersatz und Kieferorthopädie
 - Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
 - Zahn- und Kieferregulierungen
 - Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie)
 - anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung)
 - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss dem Versicherer vor Beginn von entsprechenden Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden, wenn die zu erwartenden Kosten innerhalb eines Kalenderjahres 1.540 Euro übersteigen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Kosten dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird der 1.540 Euro übersteigende Teil der erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 50 % ersetzt.

4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt bezieht sich auf die Summe der sich je Kalenderjahr und versicherte Person ergebenden tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Die Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde, der Zahnersatz bezogen wurde bzw. in dem die Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel angefallen sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat gemindert, in dem die Versicherung nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

5. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen: Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechnbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes
- Unterkunftszuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie für die Bereitstellung von Telefon, Radio- und Fernsehgerät
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspflegers
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig

sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.

- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

- Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet
 - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
 - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
 - der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaustausch und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die nachgewiesenen landesüblichen Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

III. Beiträge

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

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch