

Tarif GrundschutzPRIVAT Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2019, SAP-Nr.: 336112 (V483), 12.2019

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Erst- und Folgebehandlungen

- zu **100 %**, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, praktischen Arzt, einen Internisten (sofern dieser hausärztlich tätig ist und rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über hausärztliche Tätigkeit vorgelegt wird), einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt oder einen Bereitschaftsarzt erfolgt. Als Beleg für die Erstattung von Folgebehandlungen, die bei einem der oben nicht aufgeführten Ärzte stattgefunden hat, ist der jeweiligen Rechnung die Überweisung des Erstbehandelnden beizufügen.
- zu **80 %**, wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der oben aufgeführten Ärzte durchgeführt wird.

1.2 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung bis zu einer Entfernung von 100 km, z. B. im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
- 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 gemäß § 37 b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen
- 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,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.3 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Verbandmittel zu **100 %**
- Arzneimittel: Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Nimmt die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind die Kosten zu **80 %** erstattungsfähig. Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments.

1.4 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen (nach dem PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage).

1.5 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Kosten, insbesondere

- die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung,
- psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871),
- Heilbehandlungen und Verordnungen eines Heilpraktikers.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- Absauggeräte
- Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen),
- Orthesen (mit Ausnahme von Einlagen),
- fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- ein Hörgerät und ein Tinnitusgerät je Ohr innerhalb von fünf Kalenderjahren. Hierbei ist je Hörgerät und je Tinnitusgerät ein Rechnungsbetrag von maximal 1.200 Euro erstattungsfähig.
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 1.600 Euro,
- Sprechhilfen
- Stomaartikel
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest)

2.2 Die Kosten für alle Hilfsmittel, die unter Nr. 2.1 aufgelistet sind, sind bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von 4.000 Euro pro Kalenderjahr insoweit erstattungsfähig, als diese im Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

2.3 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

2.4. Hilfsmittel, die nicht im Tarif aufgeführt sind, sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die Kosten für

- medizinisch nicht notwendiges Zubehör,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Produkte und Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- die Energieversorgung des versicherten Hilfsmittels (z. B. Stromkosten, Ladegeräte, Batterien),
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die in den Leistungsbereich der Privaten Pflegeversicherung fallen,
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Eine Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses kann nach Ziffer II.2 durchgeführt werden.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V.
- b) Belegärzte sowie (Beleg-) Hebammen und (Beleg-) Entbindungspfleger im Notfall
- c) ambulante Operationen im Krankenhaus.
- d) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
- e) überwiegend psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %**. Vor Behandlungsbeginn und vor Verlängerung der Behandlung ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.
- f) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- g) 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.
- h) stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gem. § 39c SGB V (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.
- i) 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 Verdienstausschlag 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.
- 3.2 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Kosten, insbesondere
- Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen,
 - Behandlungen in Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen,
 - wahlärztliche Leistungen.

4. Zahnbehandlung

- 4.1 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für
- a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
 - b) prophylaktische Leistungen. Diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung.
 - c) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
 - d) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
 - e) konservierende Leistungen, nicht jedoch Kronen und Inlays.

4.2 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Kosten, insbesondere

- die Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie,
- implantologische Leistungen,

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
 - die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
 - Veneers, Kronen und Inlays,
- sowie die jeweils dazugehörigen Material- und Laborkosten.

5. Selbstbehalt

5.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein Selbstbehalt von insgesamt 900 Euro abgezogen. Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Werden in einem Kalenderjahr Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, werden diese nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

5.2 Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

5.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arztkosten sind bis zum 1,8-fachen, Zahnarztkosten bis zum 2,0-fachen, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,38-fachen, Laborleistungen bis zum 1,16-fachen Gebührensatz der jeweils gültigen GOÄ und GOZ, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

2. Das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffer I 2.1) wird vom Versicherer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse turnusmäßig (alle fünf Jahre, gerechnet ab 2008) auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch der allgemeinen Preisentwicklung angepasst.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:

Werden in einem Kalenderjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

III. 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 Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis:

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GrundschutzPRIVAT für Personen in Berufsausbildung

Es gelten die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GrundschutzPRIVAT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen

- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung bzw. des Studiums können die Besonderen Bedingungen für maximal zwölf Monate weitergeführt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit dem Versicherer umgehend anzuzeigen.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GrundschutzPRIVAT weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs GrundschutzPRIVAT

Von den erstattungsfähigen Höchstbeträgen werden 80 % als tarifliche Leistung gezahlt.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
PHYSIKALISCHE THERAPIE	
Diagnostik und Berichte	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	11,50
Berichte an den verordnenden Arzt	13,50
Krankengymnastik und Bewegungsübungen	
Krankengymnastik, einzeln,	21,00
Krankengymnastik, am Gerät	37,50
Krankengymnastik, in der Gruppe	7,00
Bewegungsübungen	7,00
Extensionsbehandlung	7,00
Massagen und Lymphdrainagen	
medizinische Massage	11,20
Manuelle Lymphdrainage:	
– Teilbehandlung mindestens 30 min	21,00
– Großbehandlung mindestens 45 min	28,00
– Ganzbehandlung mindestens 60 min	35,00
Apparative Kompressionstherapie, je Sitzung	10,00
Packungen	
Einmal und wiederverwendbare Kalt- und Wärmepackungen, z. B. Naturmoor, Fango	14,00
Elektrotherapie	
z. B. Reizstrom, Iontophorese	7,00
ERGOTHERAPIE / LOGOPÄDIE	
Analyse, Beratung, Behandlungsplanung (einmal je Behandlungsfall)	42,00
Einzelbehandlung (mindestens 30 min)	35,00
Einzelbehandlung (mindestens 45 min)	42,00
Einzelbehandlung (mindestens 60 min)	49,00
Gruppenbehandlung (mindestens 45 min)	14,00
PODOLOGIE	
Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	7,00
Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	14,00
Nagelbearbeitung eines Fußes	7,00
Nagelbearbeitung beider Füße	14,00
Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,00
Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	28,00