

Teil III Tarif KK-PLUS Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung KK-PLUS

Der Tarif KK-PLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Das Aufnahmehöchstalter ist 50 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Der Erstattungsprozentsatz beträgt für

1.1 Ambulante Heilbehandlung einschließlich Wegegebühren gemäß 2.1

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Leistungen des Heilpraktikers gemäß 2.2

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.3 Medikamente und Verbandmittel gemäß 2.3

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.
100 % für den im Kalenderjahr 500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Physikalisch-medizinische Leistungen gemäß 2.4

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Hilfsmittel gemäß 2.5

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.
100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Hilfsmittel, die im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer auf Mietbasis zur Verfügung gestellt werden.

1.6 Ambulante Transportkosten gemäß 2.6

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Zahnärztliche Behandlung gemäß 2.7

1.7.1 Zahnbehandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7.2 Zahn- und Kieferregulierung

100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR.

Für den 2.500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt der Erstattungsprozentsatz 80 %. Dieser erhöht sich auf 100 %, sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt wird und vom Versicherer nach unverzüglicher Prüfung hierzu eine Leistungszusage erteilt wurde.

1.7.3 Zahnersatz

80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR.

Für den 2.500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt der Erstattungsprozentsatz 60 %. Dieser erhöht sich auf 80 %, sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt wird und vom Versicherer nach unverzüglicher Prüfung hierzu eine Leistungszusage erteilt wurde.

Der Versicherer verpflichtet sich zur unverzüglichen Prüfung des vorgesehenen Heil- und Kostenplanes.

1.8 Stationäre Heilbehandlung gemäß 2.8

a) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von Allgemeinen Krankenhausleistungen

b) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von Krankenhauswahlleistungen

1.9 Stationäre Transportkosten gemäß 2.9

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Krankenhaustagegeld

Neben der Erstattung der Kosten nach 1.8 erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld von:

35 EUR, wenn er während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, auch nicht von Belegärzten, in Anspruch nimmt.

15 EUR, wenn er für den gesamten Krankenhausaufenthalt auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

2.1.2 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden.

2.1.3 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.4 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen.

Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.5 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.6 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.7 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.8 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.2 Leistungen des Heilpraktikers

Leistungen des Heilpraktikers werden erstattet im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH 85) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

2.3 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.4 Physikalisch-medizinische Leistungen
Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrophysiotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

2.5 Hilfsmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfen, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 EUR. Ab einer Dioptrienstärke von 8,0 erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 350 EUR.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Sehhilfen werden bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien ohne zeitliche Begrenzung erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

2.6. Ambulante Transportkosten
Kosten für medizinisch notwendigen Transport sowie Fahrtkosten bei Strahlentherapie und Dialyse werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.7 Zahnärztliche Behandlung

2.7.1 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ.

2.7.2 Zahn- und Kieferregulierung
Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.

2.7.3 Zahnersatz
Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ die Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen) einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie.

2.7.4 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.7.5 Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.7.6 Die tariflichen Leistungen gemäß 2.7.1 bis 2.7.5 sind im ersten Jahr nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht auf 500 EUR, im zweiten Jahr auf 1.000 EUR, im dritten Jahr auf 1.500 EUR und im vierten Jahr auf 2.000 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Jahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Begrenzungen in den ersten vier Jahren erlassen werden, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.8 Stationäre Heilbehandlung

2.8.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungshaus.

2.8.2 Erstattet werden die Kosten für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPFV) sowie die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer und der gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. der 1. oder 2. Pflegeklasse sowie von Belegärzten und Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

2.9 Stationäre Transportkosten
Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus, auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

Erstattet werden außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach den Sonderbedingungen.

Der Versicherungsnehmer hat jedoch das Recht, die Versicherung ohne Sonderbedingungen weiterzuführen, sofern die Umstufung innerhalb von vier Wochen beantragt wird. Dabei erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

4 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monats an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alters wird nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (R-KK-PLUS).