

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

B - TARIFE

FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2008 - MB/KK 2008 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

Leistungen der DKV¹

1. TARIF A

Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich
 - gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit,
 - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,

Schutzimpfungen,
die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,

Psychotherapie
(siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)

bis zu	30	Sitzungen	zu	100 %
von der	31.	Sitzung an	zu	80 %
von der	61.	Sitzung an	zu	70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwerisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
durch Pflegefachkräfte, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung und allgemeine Krankenhausleistungen vereinbart ist und durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.

¹ Erstattungssätze siehe Nr. 5.1

- Leistungen des Heilpraktikers
bis zu den Regelhöchstsätzen² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Arznei- und Verbandmittel
(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten,
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden,
soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als üblich gelten Vergütungen bis zu den vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträgen.³
- Hilfsmittel
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB).

2. TARIF Z

Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen
einschließlich
gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
Zahnkronen,
Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen),
funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
Kieferorthopädie,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen⁴ Preise berechnet sind.
- Heil- und Kostenplan.

Wir empfehlen Ihnen, bei den oben einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen (die Vorsorgeuntersuchung ausgenommen) vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

² Das sind die Sätze, die von Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen Leistungen und Höchstbeträge erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁴ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

3. TARIFE C und S

Stationäre Heilbehandlung, Entbindung (ärztliche Leistungen)

Erstattungsfähig sind

- | | |
|---------------------|---|
| nach Tarif C | wenn gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer in Anspruch genommen wird, |
| nach Tarif S | wenn gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen wird. |

Aufwendungen für:

- Wahlärztliche⁵ und belegärztliche⁶ Leistungen,
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

4. TARIFE K, E UND M

Stationäre Heilbehandlung, Entbindung (Krankenhausleistungen)

4.1 TARIF K

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zwei- oder Einbettzimmer.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus,
im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Bei ambulanter Entbindung wird ohne Kostennachweis eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 766,94 EUR.

4.2 TARIF E

Erstattungsfähig sind die nicht beihilfefähigen

- Mehraufwendungen für das Einbettzimmer
(Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Zwei-/Einbettzimmer).

⁵ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁶ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

4.3 TARIF M

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Bei ambulanter Entbindung wird ohne Kostennachweis eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 511,29 EUR.

5. Erstattungssätze / Regelung für Sonderfälle

5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1., 2., 3. und 4. ergeben, werden zu den vereinbarten Prozentsätzen ersetzt:

Tarif

A, Z	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
C, S	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
K, M	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
K auch				55 %	60 %	65 %	70 % 75 %
E	80 %		70 %	60 %		50 %	

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt die Tarifbezeichnung.

Beispiele: aus 50 A werden bei ambulanter Heilbehandlung 50 %, aus 50 K bei stationärer Heilbehandlung 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

5.2 Nach Tarif S werden die Aufwendungen für wahlärztliche⁵ und belegärztliche⁶ Leistungen bei Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer zum halben tariflichen Prozentsatz erstattet.

5.3 Wird gesondert berechenbare Unterkunft

- im Zwei- oder Einbettzimmer (Tarif K) bzw.
- im Einbettzimmer (Tarif E)

nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem prozentualen Ersatz sonstiger erstattungsfähiger Aufwendungen ein

- Krankenhaustagegeld.

Dessen Höhe richtet sich nach dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 20,45 EUR (Beispiel Tarif 50 K: 50 % von 20,45 EUR = 10,23 EUR).

5.4 Es können nur zusammen vereinbart werden:

- Tarif Z mit Tarif A, höchstens in gleicher Prozentstufe,
- Tarif E mit Tarif K.

Mit dem Wegfall des Tarifs A bzw. K endet auch die Versicherung nach Tarif Z bzw. E.

⁵ siehe Seite 3

⁶ siehe Seite 3

Leistungen des Versicherungsnehmers

6. Monatliche Beitragsraten

- 6.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 6.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 6.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Sonstiges

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 7.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird
- bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes der Versicherungsschutz im Rahmen der B-Tarife,
 - bei Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person der Versicherungsschutz im Rahmen anderer, für den Neuzugang geöffneter Krankheitskostentarife
- angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach einer dieser Änderungen beantragt. Sie soll wirksam werden zum Beginn des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist. Wird der Antrag nicht spätestens in dem Monat gestellt, indem die Beihilfeänderung wirksam wird, dann wird die Änderung zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Beihilfeänderung folgt.
- Der Versicherungsschutz wird nur soweit angepasst, dass er die Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Fortfall des Beihilfeanspruchs für die versicherte Person ausgleicht, ohne im Übrigen das Niveau des Schutzes zu verbessern (es bleibt also zum Beispiel bei einem Versicherungsschutz für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer des Krankenhauses).
- Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann - auch für laufende Versicherungsfälle - ohne Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.
- 7.2 Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes kann die DKV den Versicherungsschutz - auch für laufende Versicherungsfälle - zum Beginn des zweiten Monats (auf Wunsch des Versicherungsnehmers schon zum Beginn des ersten Monats) nach der Erhöhung entsprechend herabsetzen. Der Versicherungsnehmer teilt der DKV die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes unverzüglich schriftlich mit.
- 7.3 Im Tarif genannte betragliche Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (§ 8 b AVB) der Kostenentwicklung angepasst werden.
- 7.4 Mit Versetzung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes in den Ruhestand, endet die Krankheitskostenversicherung in dem Umfang, indem sich zu diesem Zeitpunkt der Beihilfebemessungssatz erhöht.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)