

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

SPEZIALTARIFE Q, ELE

FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

Die AVB umfassen diese Tarife sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

L e i s t u n g e n d e r D K V ¹

- 1. Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen**
- 1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.
Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu
 - allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
 - zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
 - geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)wir nennen Ihnen
 - Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Klinikenwir senden Ihnen
 - Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungenaußerdem bieten wir Ihnen
 - Terminvereinbarungen mit Behandlern
 - die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
 - zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
 - individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).
- 1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:
 - Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
 - ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
 - Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
 - Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
 - Organisation von Auslandsrücktransporten
 - Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

¹ Erstattungsätze siehe Nr. 4.1

2. TARIF Q

2.1 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.

- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Krankenpflege
 - bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind,
 - bei Behandlungspflege, soweit die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn

- dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbearbeitung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe

bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbearbeitung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstaufschlag ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

- **Kurzzeitpflege**

bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag².

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.1 Punkt 3 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

- **Leistungen des Heilpraktikers**

nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebÜH liegt.

- **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 Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers und ernährungs-therapeutische Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3.2 c) AVB,**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

- **Leistungen des Logopäden und anderer Angehöriger der zur Durchführung von Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen staatlich anerkannten therapeutischen Berufe,**

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).

2.2 Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- **Zahnärztliche Leistungen**

einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR), Zahnkronen,

² Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

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

Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen),
funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
Kieferorthopädie,

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

- 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 er-
halten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

2.3 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.⁵
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle,
Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁶ und belegärztliche⁷ Leistungen,
soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte
liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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.

2.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale gezahlt. Sie ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grund-
betrages von 613,55 EUR.

3. TARIF ELE

3.1 Mehraufwendungen für das Einbettzimmer

Erstattungsfähig ist die nicht beihilfefähige Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen
Zwei-/Einbettzimmer.

4. Erstattungssätze / Regelung für Sonderfälle

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

Tarif

Q	10%	20%	30%
ELE		100%	

Den vereinbarten Erstattungsprozentsatz nennt die Tarifbezeichnung:

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

⁵ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des
aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen,
ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60% erstattungsfähig.

⁶ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

⁷ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses
stationär behandeln.

Q10 steht für ein 10%ige, Q 20 für eine 20%ige, Q 30 für eine 30%ige Erstattung. Das gilt auch, wenn die Prozentsätze des Tarifs Q zusammengefasst werden: Q 50 setzt sich aus Q 20 und Q 30 zusammen. Q 10 darf nicht mit anderen Q-Stufen vereinbart werden.

4.2 Sonderfälle

Die DKV zahlt bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld, wenn folgende gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen wird:

Tarif

Q Zweibettzimmer

Das Tagegeld ergibt sich aus dem tariflichen Prozentsatz eines Grundbetrages von 20,45 Euro (Q 10 = 2,05 Euro, Q 20 = 4,09 Euro, Q 30 = 6,14 Euro). Es wird neben dem prozentualen Ersatz sonstiger erstattungsfähiger Aufwendungen gezahlt.

ELE Einbettzimmer

Das Tagegeld beträgt 20,45 Euro.

Leistungen des Versicherungsnehmers

5. Monatliche Beitragsraten

- 5.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 5.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 5.3 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

6. Versicherungsfähigkeit

- 6.1 Versicherungsfähig sind
Personen, für die auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften ein Anspruch nach den Beihilfe Regelungen des Bundes oder ein damit übereinstimmender Anspruch mit personengebundenem Beihilfebemessungssatz besteht.
- 6.2 Den Wegfall der Versicherungsfähigkeit
teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von sechs Monaten schriftlich mit. Besteht künftig Beihilfeanspruch nach anderen öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften, wird die Versicherung im Sinne der Regelungen unter "Anpassung des Versicherungsschutzes" in speziellen Quotentarifen fortgeführt.
- 6.3 Fällt Tarif Q fort,
endet auch die Versicherung nach Tarif ELE.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 7.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird
 - bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes
der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Spezialtarife,
 - 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, in dem 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 Die 20%-Stufe des Tarifs Q entfällt bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70%, spätestens jedoch mit Vollendung des 67. Lebensjahres.
- 7.4 Im Tarif genannte betragliche Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (§ 8 b AVB) der Kostenentwicklung angepasst werden.

8. Begrenzung der Versicherungsleistung

Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.