

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF ST

Teil I Musterbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009)

Teil II Tarifbedingungen für den Standardtarif (TB/ST) (Teil I u. II in einem gesonderten Druckstück)

Teil III Tarif ST

Einführung:

In den Abschnitten A. bis E. des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z.B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung - Abschnitt A.1.) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z.B. 100 v.H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A.1. oder 65 v.H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B.2.). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.

Tarifstufe STN

für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v.H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A. bis E. des Tarifs.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B.2. des Tarifs ST: 65 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag): 100 v.H. der Leistungszusage = 650 EUR

Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 v.H. (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 v.H. > Erstattungssatz 20 v.H. = Leistungsstufe 20). Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Beispiel:

Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz: 1.000 EUR

Leistungszusage gemäß Abschnitt B.2 des Tarifs ST: 65 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR

Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag) bei Leistungsstufe 20: 20 v.H. der Leistungszusage = 130 EUR

Bemessung der ärztlichen / zahnärztlichen Gebühren

Die Bemessung der Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bei Versicherten des Standardtarifs der Privaten Krankenversicherung sowie die Ermächtigung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., durch Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften davon abzuweichen, ist in § 75 Abs. 3a und 3b SGB V geregelt (s. Anhang).

Der Erstattung nach den Abschnitten A.1, A.2, B.1, B.2, B.3, C.2, D.1 und D.2 werden für ärztliche und zahnärztliche Leistungen maximal die Aufwendungen bis zu den dort genannten Gebührensätzen zugrunde gelegt.

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Behandlung

1. Ambulante ärztliche Behandlung, Früherkennung

100 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland eingeführten Programmen, soweit die Gebühren die folgenden Gebührensätze nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

2. Psychotherapie

100 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen unter der Voraussetzung der Nr. 3a TB/ST bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr; auch bei nichtärztlichen Therapeuten werden die Aufwendungen wie für ärztliche Therapeuten bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

3. Rettungsfahrten

90 v.H.

der Fahrkosten zum nächsterreichbaren

- Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;
- Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v.H. gilt Folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

4. Häusliche Behandlungspflege

90 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen), bis zu den von den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen.

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen ist begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Selbstbeteiligung, es werden 100 v.H. der Kosten erstattet.

5. Arznei- und Verbandmittel

80 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel (s. Nr. 3c Abs. 1 TB/ST)¹, nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9.

100 v.H.

6. Heilmittel

80 v.H.

der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

- des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (s. Nr. 3c Abs. 2 TB/ST)
- des Logopäden (s. Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)
- des Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
- des Podologen, des medizinischen Fußpflegers nach § 1 des Podologengesetzes (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
- des Diätassistenten, des Oecotrophologen und des Ernährungswissenschaftlers (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)

erstattungsfähigen Aufwendungen,

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9.

100 v.H.

7. Hilfsmittel

80 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 5 TB/ST):

Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9.

100 v.H.

8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 5 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- 850 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren,
- 767 EUR für Krankenfahrstühle.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung besteht oder wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen mit einer nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen indizierten therapeutischen Sehhilfe behandelt werden müssen.

9. Selbstbehalt für die Abschnitte A.5 bis A.7.

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7. werden zu 80 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 v.H. der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. Der Selbstbehalt ist auf 306 Euro je Kalenderjahr in den Tarifstufen STN und STB 100 begrenzt; in den übrigen STB-Stufen wird der Selbstbehalt anteilig von den jeweiligen Erstattungssätzen abgeleitet (z.B. STB30: 306 Euro * 0,3 = 91,80 Euro). Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der Selbstbehalt und die Erhöhung auf 100 v.H. gelten je versicherte Person und Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Prophylaxe

100 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Strahlendiagnostik,
- gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- individuelle Prophylaxe in Einzelunterweisung,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

2. Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse, Implantologie, Zahntechnik

65 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für

- Einlagefüllungen in metallischer Ausführung ohne Verblendung
- Kronen (Vollkrone/Teilkrone) und Brücken in metallischer Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 5
- Prothesen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- implantologische Leistungen, begrenzt auf das Einbringen von zwei Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- Heil- und Kostenplan sowie vorbereitende Maßnahmen,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

- der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (s. Nr. 3b TB/ST)
- der Kosten für Sonderkunststoffe, Weichkunststoffe, Konfektionsfertigteile, Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, Registrierbesteck bei Stützstiftregistrierung, künstliche Zähne, edelmetallhaltige Dentallegierungen und Verbrauchsmaterialien der Praxis.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 65 v.H., sondern zu 40 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt.

3. Kieferorthopädische Behandlung

80 v.H.

der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A.1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

Voraussetzung

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 80 v.H., sondern zu 40 v.H. der Erstattung zugrunde gelegt.

C. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

100 v.H. der 10 EUR pro Tag übersteigenden

Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3e TB/ST).

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Es werden vom ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes 100 v.H. der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

2. Belegärztliche Behandlung

100 v.H.

der Aufwendungen für belegärztliche (nicht wahlärztliche)² Leistungen, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die folgenden Gebührensätze der GOÄ nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz GOÄ für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen), Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

3. Fahrkosten

90 v.H.

der Fahrkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden, und Fahrkosten vom Krankenhaus bis zu 100 Kilometer.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v.H. gilt Folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunterliegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

D. Entbindungen

1. Häusliche Entbindungen

Für häusliche Entbindungen gilt Abschnitt A.

2. Stationäre Entbindungen

Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1. und D.2. gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

E. Digitale Gesundheitsanwendungen

100 v.H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (s. Nr. 3d TB/ST), jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

¹ Wird eine Liste von Arzneimitteln erlassen, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden können, ist der Versicherungsschutz auf diese begrenzt.

² Belegärzte sind niedergelassene, nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die ihre Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.