Versicherungsbedingungen für den Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung)

Im Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung) bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Hauptversicherten des Gruppenversicherungsvertrags. Daneben müssen die Versicherungsbedingungen auch vom Versicherungsnehmer beachtet werden. Wenn neben dem Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung) bei uns für die versicherte Person weitere Verträge bestehen, können dafür andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen für den Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung) nicht.

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung IMB100U.

Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

		Seite
1.	Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall	1
2.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.1	Ambulante Behandlung in Deutschland	1
2.2	Stationäre Behandlung in Deutschland	7
2.3	Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland	9
2.4	Behandlung im Ausland	12
2.5	Leistungen für Organtransplantationen	13
2.6	Überführung und Bestattung	14
3.	Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung	14
4.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	15
5.	Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten	16
6.	Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger	16
7.	Leistungsverzeichnis	17

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

		Seite
1.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	19
2.	Obliegenheiten	19
3.	Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns	20

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie und der Versicherungsnehmer finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	21
2.	Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen	21
3.	Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes	21
4.	Fortsetzung des Versicherungsvertrags	22
5.	Deutsches Recht	23
6.	Zuständiges Gericht	23
7.	Verjährung	23
8.	Aufrechnung	23
9.	Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte	23

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen. Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→schriftlich"

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.3 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?
1.4 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?
1.5 Wann beginnt die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag (Versicherungsbeginn)?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- medizinisch notwendige ambulante Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie
- Tod.

Zusätzlich zu den in Satz 2 genannten Versicherungsfällen gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch wegen
- medizinisch notwendiger Indikation (zum Beispiel bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder
- kriminologischer Indikation (zum Beispiel bei Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung).

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für den Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

1.3 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange
- sie eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt,
- sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat und
- dafür ein befristeter Aufenthaltstitel nach § 4 Absatz 1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) besteht.

Mit Wegfall einer dieser Eigenschaften endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

1.4 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?

Die →versicherte Person muss zu dem versicherbaren Personenkreis nach dem →Gruppenversicherungsvertrag gehören. Bei Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif gemäß Teil C Ziffer 3.4 Absatz 4.

1.5 Wann beginnt die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag (Versicherungsbeginn)?

Die Teilnahme am →Gruppenversicherungsvertrag beginnt für den Tarif IMB100U zu dem für diesen Tarif vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsbeginn kann nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags liegen.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?
2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?
2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?
2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?
2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Soziotherapie?
2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?
2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?
2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?
2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?
2.1.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?
2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
2.1.15 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?
2.1.16 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person kann unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Heilpraktikern
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten sowie den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG).

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:
- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes physikalisch-medizinische Leistungen, Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

2.1.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für
- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.1.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?

(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung (siehe dazu Ziffer 2.1.5) und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.1.7) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.1.12) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes.

Ebenfalls zu den ärztlichen Leistungen zählen operative Maßnahmen zur Sehschärfen-Korrektur (zum Beispiel Lasik, Lasek oder Linsen-Implantation).

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (zum Beispiel Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, allerdings ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen), die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden,
- Schutzimpfungen gegen Hepatitis B sowie
- Reise-Impfungen,

die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff.

Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person - mit Ausnahme von Schutzimpfungen gegen Hepatitis B - sowie die Malaria-Prophylaxe.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen
Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige künstliche Befruchtung nach den Absätzen 2 bis 4 setzt voraus, dass
- bei der →versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt,
- nach Feststellung durch einen Facharzt für Gynäkologie eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit für die Herbeiführung der Schwangerschaft besteht und
- die weibliche Person, die behandelt werden soll, zum Behandlungsbeginn noch nicht 41 Jahre alt ist.

(2) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 50 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist auf höchstens 4 Versuche pro →versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren (zum Beispiel Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Versuchen pro versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren überschritten worden ist.

Außerdem sind wir nicht leistungspflichtig, wenn wir versicherte Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren erbracht haben, die bereits zu 2 Geburten geführt haben.

(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern
Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei
- einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB),
- einem anderen privaten Krankenversicherer oder
- einem sonstigen Leistungsträger

Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

(5) Vorlage eines Therapie- und Kostenplans
Wir empfehlen, uns vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan einzureichen. Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.1.7) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Behandlungen durch Heilpraktiker
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

c) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind über die Höchstsätze hinaus erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Soziotherapie?

Wenn Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Soziotherapie von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.1.4 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für folgende Soziotherapie:
- Es handelt sich um eine Soziotherapie nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Sie wird von geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie) erbracht (siehe dazu auch Absatz 2).

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Schwere psychische Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer schweren psychischen Erkrankung im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (zum Beispiel Schizophrenie). Sie ist wegen dieser Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.

- Ersetzung, Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung
  Eine stationäre Heilbehandlung der versicherten Person ist geboten, aber nicht ausführbar. Wenn das nicht der Fall ist, muss die Soziotherapie eine stationäre Heilbehandlung vermeiden oder verkürzen.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die Soziotherapie wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für Soziotherapie ist pro →versicherte Person und Versicherungsfall auf höchstens 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren begrenzt. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt einschließlich von Probestunden. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Höchstdauer überschritten worden ist.

2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?

Wenn ambulante alternativ-medizinische Verfahren von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.1.4 Absatz 1. Aufwendungen für ambulante alternativ-medizinische Verfahren, die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.1.6 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für alternativ-medizinische Verfahren, die von
- Hebammen,
- Entbindungspflegern oder
- Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe

erbracht werden, wenn sie von einem in Ziffer 2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?

Wir bieten Versicherungsschutz nach den folgenden Absätzen für jedes Hilfsmittel, das für die →versicherte Person im Versicherungsfall medizinisch notwendig ist.

Dabei erfasst der Versicherungsschutz die Aufwendungen für den Bezug des jeweiligen Hilfsmittels, die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für die notwendige Unterweisung der versicherten Person in den Hilfsmittelgebrauch.

Aufwendungen für den Gebrauch des Hilfsmittels sind dagegen nicht versichert.

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Ziffer 2.1.11) - nach den Absätzen 2 und 3 sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir nicht eingeschaltet werden müssen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

- Bandagen,
- Blutdruck-Messgeräte,
- Blutzucker-Messgeräte,
- orthopädische Einlagen,
- Bruchbänder,
- Kompressionsstrümpfe,
- Gehhilfen,
- Tens-Geräte,
- Inhalationsgeräte,
- Peak-Flow-Meter,
- Milch-Pumpen,
- konfektionierte Therapie-Schuhe,
- orthopädische Schuhzurichtungen,
- Perücken bei krankhaftem Haarausfall und
- Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehörender Ohrpass-Stücke (Otoplastik).

(3) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

a) Aufwendungsersatz zu 80 Prozent (Grundsatz)
Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für alle Hilfsmittel (auch für lebenserhaltende Hilfsmittel), die nicht im Absatz 2 enthalten sind.

b) Aufwendungsersatz zu 100 Prozent
Wir ersetzen jedoch 100 Prozent der Aufwendungen, wenn das Hilfsmittel nach Absatz a)
- über uns bezogen oder beschafft worden ist,
- über uns weder bezogen noch beschafft werden kann oder
- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von 2 Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden musste.

2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?

(1) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen,

wenn die Sehhilfe von einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist oder eine Refraktionsbestimmung vorliegt, die von einem Optiker durchgeführt worden ist.

(2) Versicherter Höchstbetrag
Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist auf höchstens 300 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem
- wir das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

Eine ambulante Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der vorangegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten Person zusammenhängt,
- eine ambulante Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist und
- der Behandlungserfolg nicht auch durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen (siehe Ziffer 2.1.14 Absatz 1) erzielt werden kann.

Wichtige Indikationen für eine Anschlussheilbehandlung sind zum Beispiel:
- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie),
- degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustände nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie),
- neurologische Krankheiten und Zustände nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und
- onkologische Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Anschlussheilbehandlung gilt Folgendes:

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzung
Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung nach den Absätzen 2 und 3 setzt voraus, dass diese in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

Rehabilitationseinrichtungen nach Satz 1 sind Einrichtungen, die mit einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger (zum Beispiel gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherungsträger) einen Versorgungsvertrag über die Durchführung von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abgeschlossen haben.

Wir sind auch leistungspflichtig, wenn die Rehabilitationseinrichtung nach Satz 1 in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

(2) Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- ärztliche Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Rehabilitationseinrichtung berechnet werden,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie
- Beratungs- und Schulungsleistungen (zum Beispiel Ernährungs- oder Sozialberatung, Patientenschulung und Gesundheitsbildung).

b) Versicherte Höchstbeträge

aa) Neurologische und geriatrische Anschlussheilbehandlung
Wenn eine neurologische oder geriatrische Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 200 Euro pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

bb) Sonstige Anschlussheilbehandlung
Wenn eine andere als die in Absatz aa) genannte Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 150 Euro

pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.1.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.

- Ärztliche Verordnung
  Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.1.4 Absatz 1. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.1.6 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die
- im Heilmittelverzeichnis des Tarifs IMB100U (siehe Ziffer 7) aufgeführt sind,
- von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und
- von einem in Ziffer 2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die in den Absätzen a) und b) genannten Produkte, wenn sie von einem in Ziffer 2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

a) Erstattungsfähige Aufwendungen (Grundsatz)
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene, aus der Apotheke bezogene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Außerdem sind die Aufwendungen für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest - erstattungsfähig. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests.

b) Besonderheiten bei bestimmten Nährstoffen und Nährmitteln
Aufwendungen für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nährmittel sind nur unter einer der folgenden Voraussetzungen erstattungsfähig:

- Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden
  Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

- Enterale Ernährung
  Die →versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nährmittel nach Satz 3 sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten.

- Parenterale Ernährung
  Die versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr).

c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Wenn es sich nicht um Arzneimittel nach Absatz a) oder bestimmte Nährstoffe und Nährmittel nach Absatz b) handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nährmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend genommen werden, sowie für kosmetische Präparate, auch wenn sie ärztlich oder von einem Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege)

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige häusliche Krankenpflege nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die häusliche Krankenpflege umfasst danach
- die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, wenn dadurch eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person vermieden oder verkürzt wird, oder
- medizinische Leistungen, die die ambulante ärztliche Behandlung der versicherten Person ermöglichen und deren Ergebnis sichern sollen, wie zum Beispiel Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel.

b) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz a) müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Ärztliche Verordnung
  Die häusliche Krankenpflege ist ärztlich verordnet worden. Eine Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt dabei nicht.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die Krankenpflege wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

(SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

- Keine anderweitige Versorgung
  Die Krankenpflege erfolgt, soweit die →versicherte Person nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.

c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.

(4) Aufwendungen für Haushaltshilfe

a) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

b) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz a) müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

aa) Haushaltsführung wegen schwerer Krankheit nicht möglich
Der →versicherten Person ist die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, inbesondere nach
- einem Krankenhausaufenthalt,
- einer ambulanten Operation oder
- einer ambulanten Krankenhausbehandlung,

nicht möglich. Weitere Voraussetzung ist, dass auch keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

bb) Haushaltsführung aus anderen Gründen nicht möglich
Im Haushalt der →versicherten Person lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Außerdem ist der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus einem der folgenden Gründe nicht möglich:

- Krankenhausbehandlung,
- Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation,
- medizinische Vorsorgeleistungen,
- medizinische Vorsorge für Mütter und Väter,
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- häusliche Krankenpflege.

Weitere Voraussetzung ist, dass auch keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
aa) Versicherte Höchstdauer
Bei einer Haushaltshilfe nach Absatz b) aa) ist unsere Leistungspflicht pro Versicherungsfall auf die Dauer von bis zu 4 Wochen begrenzt. Wenn im Haushalt der →versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, ist unsere Leistungspflicht pro Versicherungsfall auf die Dauer von bis zu 26 Wochen begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Dauer nach Satz 1 oder Satz 2 überschritten worden ist.

Bei einer Haushaltshilfe nach Absatz b) bb) gelten diese Begrenzungen nicht.

bb) Versicherter Höchstbetrag
Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 38 Absatz 1 und § 132 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Betrag nicht übersteigt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.1.15 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?

(1) Aufwendungen für Krankentransporte und Krankenfahrten

a) Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Krankentransporte nach Absatz b) und Krankenfahrten nach Absatz c) sind nur erstattungsfähig, wenn diese wegen
- ambulanter Dialyse,
- ambulanter Strahlentherapie bei Krebserkrankungen,
- ambulanter Chemotherapie,
- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
- eines Unfalls oder Notfalls

der →versicherten Person erfolgen.

b) Aufwendungen für Krankentransporte
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus
- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

c) Aufwendungen für Krankenfahrten

aa) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus
- im Taxi,
- in öffentlichen Verkehrsmitteln oder
- im privaten Fahrzeug.

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

bb) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Fahrt begrenzt. Wenn diese Krankenfahrten im privaten Fahrzeug erfolgen, legen wir für die Ermittlung des Erstattungshöchstbetrags 0,30 Euro pro gefahrenem Kilometer zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Fahrten des Notarztes
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Fahrten eines Notarztes wegen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung der →versicherten Person.

2.1.16 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.1.4 Absatz 1, 2.1.6, 2.1.9 bis 2.1.11 und 2.1.14) 100 Prozent der Aufwendungen für

- medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- ambulante Entbindung und Hausentbindung

einschließlich der Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie für die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Hebammen und Entbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1 **Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**
2.2.2 **Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?**
2.2.3 **Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?**
2.2.4 **Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?**
2.2.5 **Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?**
2.2.6 **Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?**
2.2.7 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?**
2.2.8 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?**
2.2.9 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?**
2.2.10 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?**
2.2.11 **Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?**

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person kann unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern
Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.3 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für

- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für wahlärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(4) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(5) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.5 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 110 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft
Wir zahlen 70 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 35 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen
Wir zahlen 40 Euro, wenn
- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen
Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1
- für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Dauer der Behandlung der versicherten Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2
- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung - mit Ausnahme von stationärer Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.7) - ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag
Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der
- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig ist,

um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

Eine stationäre Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der vorangegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten Person zusammenhängt,

- der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann und
- eine teil- oder vollstationäre Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist.

Wichtige Indikationen für eine Anschlussheilbehandlung sind zum Beispiel:
- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie),
- degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustände nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie),
- neurologische Krankheiten und Zustände nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und
- onkologische Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Anschlussheilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, gilt Ziffer 2.2.4.

Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen stationären Anschlussheilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.

- Versorgung in einem Hospiz
  Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

- Keine anderweitige Versorgung
  Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden.

(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung
Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

Jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieses Krankenhaus muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung kein geeignetes Krankenhaus verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.4 und 2.2.6) 100 Prozent der Aufwendungen für
- medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

Außerdem gilt Ziffer 2.2.5 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.

2.2.11 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?

Wenn das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der stationären Entbindung im Krankenhaus versorgt wird, gilt Folgendes:

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Neugeborenen.
- Der Aufwendungsersatz erfolgt nach diesem, für dessen Elternteil bei uns abgeschlossenen Tarif.

Dies setzt voraus, dass das gesunde Neugeborene rückwirkend zum Zeitpunkt der Geburt bei uns versichert worden ist.

Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.

2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:
2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?

2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
2.3.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.3.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays und Kieferorthopädie?
2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz und Gnathologie?
2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?
2.3.8 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?
2.3.9 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
2.3.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
2.3.11 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
2.3.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?

Bei Aufwendungen für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland gilt unabhängig davon, ob die Behandlung von einem
- Zahnarzt,
- Arzt oder
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

erbracht wird, ausschließlich unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.3.

2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person kann unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:
- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern
Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die
- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.3.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.3.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays und Kieferorthopädie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.3.8 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnbehandlung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen),
- zahnchirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- professionelle Zahnreinigung,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

Professionelle Zahnreinigung ist die
- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(3) Aufwendungen für Inlays
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Inlays (Einlagefüllungen),
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die bei Behandlungsbeginn noch nicht 18 Jahre alt sind,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

Die Altersbegrenzung auf 18 Jahre gilt nicht in den folgenden Fällen:

- Unfall
  Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

- Schwere Erkrankung
  Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich und im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

In diesen Fällen ersetzen wir die Aufwendungen nach Satz 1, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 18 Jahre ist.

2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz und Gnathologie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu dem nach Ziffer 2.3.8 vorgesehenen Höchstbetrag wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 4.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnersatz
Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für
- prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stiftzähne,
- implantologische Leistungen, einschließlich der hiermit zusammenhängend anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel dem Aufbau des Kieferknochens,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(2) Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)
Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?

Wir ersetzen die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen
- bis zu dem nach Ziffer 2.3.8 vorgesehenem Höchstbetrag
- im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.3.5 und 2.3.6

wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

2.3.8 Welcher Höchstbetrag gilt für alle versicherten Leistungen?

(1) Erstattungshöchstbetrag
Bei Aufwendungen nach Ziffern 2.3.5 bis 2.3.7 gilt pro →versicherte Person und Versicherungsjahr ein Erstattungshöchstbetrag von 5.000 Euro.

(2) Kein Erstattungshöchstbetrag bei unfallbedingten Behandlungen
Der Erstattungshöchstbetrag nach Absatz 1 gilt nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn
- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

2.3.9 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:
- Inlays nach Ziffer 2.3.5 Absatz 3,
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.3.5 Absatz 4
- Zahnersatz nach Ziffer 2.3.6 Absatz 1,
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) nach Ziffer 2.3.6 Absatz 2 sowie,
- zahntechnischen Leistungen nach Ziffer 2.3.7.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.3.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.3.5 bis 2.3.8).

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.3.5 bis 2.3.8).

(4) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.3.11 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 110 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft
Wir zahlen 70 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 35 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen
Wir zahlen 40 Euro, wenn
- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen
Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1 für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2
- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.3.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für ärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.3.5 bis 2.3.8).

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag
Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der
- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig ist,

um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.4 Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.4.1 **Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?**
2.4.2 **Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?**
2.4.3 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?**
2.4.4 **Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?**
2.4.5 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?**

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.4.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.4.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

(1) Versicherungsschutz in Europa
Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern.

(2) Versicherungsschutz außerhalb Europas
Im außereuropäischen Ausland besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts Versicherungsschutz. Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln und eine

Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

2.4.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach Ziffer 2.4.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach 2.1 bis 2.3 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffern 2.1 bis 2.3 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind, soweit die Aufwendungen für die Behandlung im Ausland den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

Dabei gilt keine Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffern 2.1 bis 2.3 auf
- die Gebührensätze nach jeweils geltenden Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnissen sowie
- die Höchstbeträge nach Ziffern 2.2.6 Absatz 3 b) und 2.3.12 Absatz 2 b).

2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

Sie müssen uns ohne schuldhaftes Zögern nach Beginn einer stationären Behandlung der →versicherten Person im Ausland informieren.

2.4.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte?

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)
- an den ständigen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland,
- an den vor Einreise nach Deutschland vorhandenen Wohnsitz der versicherten Person in ihrem Heimatland oder
- in das jeweils von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,

einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person.

Der Aufwendungsersatz setzt voraus, dass
- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- nach Abstimmung des Vertragsarztes unserer Notrufzentrale mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung der versicherten Person im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern wird.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

2.5 Leistungen für Organtransplantationen

Wir bieten bei Organtransplantationen Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.5.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Organtransplantationen?

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation erbringen wir die Versicherungsleistungen nach den folgenden Absätzen. Eine Organtransplantation nach Satz 1 ist die operative Übertragung von Organen oder Geweben einer anderen lebenden Person (Organspender) auf die →versicherte Person.

(1) Aufwendungen für Behandlungen

a) Behandlung der versicherten Person
Für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Organtransplantation bei der →versicherten Person erbracht werden, gelten Ziffern 2.1 und 2.2 sowie Ziffer 2.4.

b) Behandlung des Organspenders

aa) Tarifliche Leistungszusage (Grundsatz)
Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person (Ziffern 2.1 und 2.2 sowie Ziffer 2.4) gilt entsprechend für
- Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Entnahme des zu übertragenden Organs oder Gewebes erbracht werden,
- einschließlich der damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen des Organspenders (auch bei medizinischen Komplikationen, die sich unmittelbar bei der Organ- oder Gewebeentnahme ergeben).

bb) Besonderheit bei höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz des Organspenders
Soweit der Organspender nach der für ihn bestehenden privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung
- einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung hat,
- die höher oder umfassender sind als die Versicherungsleistungen nach Ziffern 2.1 und 2.2 sowie Ziffer 2.4,

gilt Folgendes:

Für die in Absatz aa) genannten Leistungen ist statt der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.1 und 2.2 sowie Ziffer 2.4 der Umfang des Versicherungsschutzes nach der für den Organspender bestehenden Krankenversicherung maßgeblich.

(2) Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes
Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes, die im Rahmen des Transplantationsgesetzes (TPG) berechnungsfähig sind.

Dies setzt voraus, dass die Leistungen nicht als Bestandteil der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet worden sind.

(3) Entschädigung wegen Arbeitsunfähigkeit des Organspenders

a) Verdienstausfall des Organspenders (Grundsatz)
Wenn der Organspender infolge der Organ- oder Gewebeentnahme arbeitsunfähig ist und insoweit einen Verdienstausfall hat, ersetzen wir ihm den uns nachgewiesenen tatsächlichen Verdienstausfall. Als Verdienstausfall gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen des Organspenders.

Zusätzlich zahlen wir für die Zeit des Verdienstausfalls eine Entschädigung in Höhe der für den Organspender zu zahlenden nachgewiesenen Beiträge für
- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche oder private Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk sowie
- die gesetzliche Arbeitslosenversicherung,

soweit die Beiträge nicht bereits über das Netto-Einkommen aus beruflicher Tätigkeit abgedeckt sind.

b) Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber
Wenn der Organspender während der Arbeitsunfähigkeit jedoch einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber hat, zahlen wir keine Entschädigung nach Absatz a).

Stattdessen ersetzen wir für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber des Organspenders die tatsächliche Entgeltfortzahlung und die von ihm für folgende Absicherungen des Organspenders anteilig übernommenen Beiträge in der nachgewiesenen tatsächlichen Höhe:

- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk und
- die betriebliche Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung.

Der Anspruch nach Satz 2 besteht nur, wenn der Arbeitgeber dies bei uns beantragt.

(4) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger
Wenn für den Organspender gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für die Organ- oder Gewebespende besteht, geht dieser Anspruch insoweit unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen und Entschädigungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

2.6 Überführung und Bestattung

Wenn die →versicherte Person stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland oder an den vor Einreise nach Deutschland vorhandenen Wohnsitz in seinem Heimatland.

Wenn kein Aufwendungsersatz für eine Überführung nach Satz 1 geltend gemacht wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen. Der Aufwendungsersatz für die Bestattung ist maximal auf die Höhe der Aufwendungen begrenzt, die für eine Überführung nach Satz 1 angefallen wären.

3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?
3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen
Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

3.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise
Nachweise im Sinne von Ziffer 3.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld
Wenn Sie ersatzweise Krankenhaustagegeld geltend machen, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- das Datum der Aufnahme und der Entlassung sowie
- Daten eventueller Beurlaubungstage.

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch
Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

3.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:
- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

3.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

3.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft
Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätes-

tens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis
Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

3.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechtigte Personen
Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:
- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung
Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?
4.2 Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?
4.3 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht
a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Leistungserbringer einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung, in Krankenhäusern oder Hospizen durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

i) für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, denen in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums die Legitimation zur Ausübung des Arzt- oder Zahnarztberufs entzogen worden ist.

4.2 Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?

(1) Zusageerfordernis
Wir leisten grundsätzlich nicht für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entwöhnungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entwöhnungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen unsere Zusage, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und wir nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind:

- Entwöhnungsmaßnahme
  Es handelt sich um eine stationäre oder ambulante Behandlung, die darauf abzielt, die →versicherte Person aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen (Entwöhnungsmaßnahme). Die Entwöhnung erfolgt aber nicht ausschließlich wegen einer Nikotinsucht der versicherten Person.

- Hinreichende Erfolgsaussicht
  Für die Entwöhnungsmaßnahme besteht - gegebenenfalls nach Begutachtung durch einen von uns beauftragten Arzt - eine hinreichende Erfolgsaussicht.

- Höchstens insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
  Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendungsersatz für höchstens 2 Entwöhnungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entwöhnungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

(2) Umfang unserer Leistungspflicht
Es besteht keine Leistungspflicht für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit diese zur Behandlung einer Nikotinsucht der →versicherten Person erbracht werden. Wenn die versicherte Person nikotinsüchtig und daneben von einem anderen Suchtmittel abhängig ist, leisten wir somit nur für die Entwöhnung von dem anderen Mittel.

a) Aufwendungsersatz für Entwöhnungsmaßnahmen
Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, ersetzen wir 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:

aa) Ambulante Entwöhnungsmaßnahme
Soweit eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine ambulante Behandlung nach Ziffer 2.1 erstattungsfähig.

bb) Stationäre Entwöhnungsmaßnahme
Soweit eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Aufwendungen sind jedoch nur bis zu den folgenden Höchstbeträgen erstattungsfähig:

1. Entwöhnung in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag
Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das einen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, sind die Aufwendungen pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz nicht übersteigt.

2. Entwöhnung in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag
Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das keinen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, gilt Folgendes:

Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz,
- den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
- das dem gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person am nächsten gelegen ist,
- für ihre Behandlung berechnet hätte,

nicht übersteigt.

b) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger
Wenn für die →versicherte Person gegenüber anderen Leistungsträgern (zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung) Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unseren Leistungen vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

4.3 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen
Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung
Aufwendungen nach
- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
- der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP),
- den amtlichen Gebührenordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger und
- dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.4) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß nicht übersteigen.

5. Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten

Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

6. Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht
Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall
- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs
Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

(3) Weitere Fälle einer nachrangigen Leistungspflicht
Weitere Fälle, in denen wir nur nachrangig leisten, sind:
- künstliche Befruchtung (Ziffer 2.1.5) und
- Organtransplantation (Ziffer 2.5).

7. Leistungsverzeichnis

Heilmittelverzeichnis des Tarifs IMB100U

Wichtige Informationen:
Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Teil C Ziffer 2.2 anpassen.

Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung
Physiotherapie
- Inhalationen
Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer
Radon-Inhalation im Stollen
Radon-Inhalation mittels Hauben
- Krankengymnastik, Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zum 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)
Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-schlinge)
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl´sches Gerät, Schlingentisch)
- Massagen
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colon-Massage)
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten
- Kompressionsbandagierung einer Extremität
Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Packungen, Hydrotherapie, Bäder
Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung
Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid
Heublumensack, Peloid-Kompresse
Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz
Trocken-Packung
Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss
Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung
An- oder Absteigendes Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- weitere Zusätze, je Zusatz
Gashaltige Bäder - Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat
- Kälte- und Wärmebehandlung
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke
Eisteilbad
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile
- Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen
Iontophorese
Zwei- oder Vierzellenbad
Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Lichttherapie
Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung
- in einer Gruppe, je Teilnehmer
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht
Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes
Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder

- Ergotherapie
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall
Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten
- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Gruppenbehandlung - mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer

- Logopädie
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall
Ausführlicher Bericht
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, - mindestens 30 Minuten
- mindestens 45 Minuten
- mindestens 60 Minuten
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer - Kindergruppe, mindestens 30 Minuten
- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten

- Podologie
Hornhautabtragung an beiden Füßen
Hornhautabtragung an einem Fuß
Nagelbearbeitung an beiden Füßen
Nagelbearbeitung an einem Fuß
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person

- Hausbesuche/Wegegeld
Ärztlich verordneter Hausbesuch
Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
1.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?
1.4 Was muss der Versicherungsnehmer bei der Beitragszahlung beachten?

1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

Die Beiträge werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

1.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

Die Beiträge für den Tarif IMB100U enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

1.4 Was muss der Versicherungsnehmer bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für die Versicherung müssen als laufende Monatsbeiträge gezahlt werden.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen. Wenn der →Versicherungsnehmer mit uns vereinbart hat, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn der →Versicherungsnehmer bei Fälligkeit unverzüglich alles tut, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn
- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und der Versicherungsnehmer dies nicht zu vertreten hat, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir ihn in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

(5) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Gefahr und Kosten des →Versicherungsnehmers.

(6) Berechnung des Tagesbeitrags
Wenn uns der Beitrag nur anteilig zusteht, gilt als Tagesbeitrag jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

2. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?
2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
2.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der mitversicherten Person zugerechnet?

2.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung
Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderung
Die →versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Leistungsanspruch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen
Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen eine Leistung beanspruchen können, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. In der Mitteilung ist der andere Versicherer anzugeben.

2.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

2.3 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der mitversicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →mitversicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der mitversicherten Person.

3. Übergang von Ansprüchen gegen Dritte auf uns

Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen
Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen
Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Abweichend von Ziffer 3.2 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen
Wenn Sie an einen Leistungserbringer
- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der mitversicherten Person
Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →mitversicherten Person zustehen.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie und der Versicherungsnehmer finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der →Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 1.4 Absatz 2 a) zahlt.

(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir grundsätzlich nicht.

Etwas anderes gilt nur, wenn dies im →Gruppenversicherungsvertrag geregelt ist.

(3) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird, gelten die Absätze 1 und 2 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

1.2 Gelten Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nicht.

2. Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag anpassen?
2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag anpassen?

(1) Voraussetzungen
Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung
Wir werden den →Versicherungsnehmer in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag erhöhen, kann der →Versicherungsnehmer unter den Voraussetzungen von Ziffer 3.1 Absätze 1 und 4 kündigen.

2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden den →Versicherungsnehmer über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden den Versicherungsnehmer über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(4) Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, kann der →Versicherungsnehmer unter den Voraussetzungen von Ziffer 3.1 Absätze 1 und 4 kündigen.

3. Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer kündigen oder die Aufhebung verlangen?
3.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
3.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
3.4 In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem?
3.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

3.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn der →Versicherungsnehmer den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigt, ist die Kündigung nur wirksam, wenn er nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer die Aufhebung nach Absatz 5 verlangt.

(2) Ordentliche Kündigung
Der →Versicherungsnehmer kann den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung oder auf Heilfürsorge
Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, kann der →Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht

den Tarif rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer uns den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten nachweist, nachdem wir ihn hierzu in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn er das Versäumen dieser Frist nicht zu vertreten hat.

Wenn der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch macht, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrags erfolgt gemäß Teil B Ziffer 1.4 Absatz 6.

Später kann der Versicherungsnehmer den für die versicherte Person abgeschlossenen Tarif zum Ende des Monats kündigen, in dem er uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Beitrag steht uns in diesem Fall bis zur Beendigung dieses Tarifs zu.

Der Versicherungspflicht steht gleich:
- der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder
- der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag nach Ziffer 2.1 erhöhen, kann der →Versicherungsnehmer für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.2 Absatz 1 vermindern, kann der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) Anspruch auf Aufhebung
Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, kann der →Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Versicherungsverträge zum Ende des Monats verlangen, in dem dem Versicherungsnehmer unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

3.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

3.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

3.4 In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem?

(1) Höchstversicherungsdauer
Der Tarif endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 5 Jahren. Die Höchstversicherungsdauer beginnt mit dem für die →versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn.

Wenn für die versicherte Person vor Abschluss dieses Tarifs bereits bei einem anderen Versicherer eine befristete Krankenversicherung für den bestehenden Aufenthalt in Deutschland nach § 195 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bestand, wird die dort zurückgelegte Versicherungsdauer auf die Höchstversicherungsdauer nach Satz 1 angerechnet.

(2) Todesfall
Der Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Hauptversicherte stirbt. Beim Tod der →mitversicherten Person endet der für sie abgeschlossene Tarif mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

(3) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags
Der Tarif endet mit Beendigung des →Gruppenversicherungsvertrags.

(4) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis
Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet mit dem Ausscheiden aus dem nach dem →Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis.

(5) Kündigung
Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet durch ordentliche und außerordentliche Kündigung.

(6) Rücktritt und Anfechtung
Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet durch Rücktritt und Anfechtung.

3.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach dem Tarif IMB100U endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.

Wir erbringen für schwebende Versicherungsfälle die versicherten Leistungen für weitere 4 Wochen, wenn der Tarif endet, weil der →Gruppenversicherungsvertrag beendet worden ist.

Dies setzt voraus, dass keine Ansprüche aus einer Weiterversicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung bestehen.

4. Fortsetzung des Versicherungsvertrags

In welchen Fällen kann die Fortsetzung in der Einzelversicherung verlangt werden?

(1) Kündigung wegen Zahlungsverzugs
Wenn wir den Tarif für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die betroffenen versicherten Personen das Recht, den Tarif IMB100U zu den Bedingungen der Einzelversicherung unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem Sie Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen Sie über die Kündigung und das Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren.

(2) Tod des Hauptversicherten
Wenn der Tarif aufgrund des Todes des →Hauptversicherten endet, haben die →mitversicherten Personen das Recht, die Weiterversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte zu den Bedingungen der Einzelversicherung zu verlangen.

Der Antrag auf Weiterversicherung muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem der Tarif beendet worden ist.

Wenn die Weiterversicherung in einer Einzelversicherung beantragt wird, die höhere oder umfassendere Leistungen (Mehrleistungen) als der bisherige Versicherungsschutz vorsieht, können wir die Weiterversicherung davon abhängig machen, dass für die Mehrleistung besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Wir rechnen die bei uns ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an und berücksichtigen diese bei der Beitragsfestsetzung.

(3) Gesetzliche Fortsetzungsrechte
Soweit die →versicherte Person neben dem Recht auf Weiterversicherung nach den Absätzen 1 und 2 nach den gesetzlichen Vorschriften ein Recht auf Fortsetzung zu den Bedingungen der Einzelversicherung hat, gelten diese unverändert.

5. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

6. Zuständiges Gericht

Wo können der Hauptversicherte oder wir Ansprüche gerichtlich geltend machen?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die den Versicherungsvertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Hauptversicherte eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen
Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Hauptversicherte eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die den Versicherungsvertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Hauptversicherte eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Hauptversicherte außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland
Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

7. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung
Wenn ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

8. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Gegen unsere Forderungen kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

9. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot gilt nicht bei bestimmungsgemäßer Verwendung der →"Card für Privatversicherte".

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für den Tarif IMB100U verwenden.

Alterungsrückstellung.
Die Beiträge für diesen Tarif enthalten keine Anteile für die Bildung einer Alterungsrückstellung. Bei anderen Krankenversicherungen ist das aber von Gesetzes wegen der Fall. Bei diesen Versicherungen werden die Beiträge in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Beobachtungseinheit.
Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Card für Privatversicherte ("AllianzCard").
Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

Gruppenversicherungsvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Hauptversicherter.
Die Person, die nach dem Gruppenversicherungsvertrag mit unmittelbarem Anspruch auf die Versicherungsleistung versichert ist (zum Beispiel Mitarbeiter unseres Versicherungsnehmers). Deshalb wenden sich die Versicherungsbedingungen an den Hauptversicherten des Gruppenversicherungsvertrags. Daneben müssen die Versicherungsbedingungen auch vom Versicherungsnehmer beachtet werden.

mitversicherte Personen.
Personen, die nach dem Gruppenversicherungsvertrag zu den gleichen Bedingungen wie der Hauptversicherte versichert werden. Sie können aber grundsätzlich nicht die Versicherungsleistung fordern.

Obliegenheit.
Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

schriftlich.
Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.
Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.
Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.
Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.
Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

versicherte Person.
Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.
Eine in Teil A geregelte, personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.
Unser Partner des Gruppenversicherungsvertrags. Es handelt sich dabei um das Unternehmen oder die Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft), mit denen wir den Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich zwar an den Hauptversicherten des Gruppenversicherungsvertrags, der Inhaber des Anspruchs auf die Versicherungsleistungen ist. Daneben müssen sie aber auch vom Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner beachtet werden.