

Krankheitskostenvollversicherung

Tarife 195, 197

Spezialtarife für Versicherte mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung

Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein**

A. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in einem der Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern oder in Berlin (Ost) haben.
2. Die Versicherungsfähigkeit endet mit Aufgabe des ständigen Wohnsitzes in dem in Ziff. 1 genannten Gebiet. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht zur Umwandlung der Versicherung in einen vergleichbaren Versicherungsschutz nach Maßgabe des § 1 I Abs. 6 der AVB 2009. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in dem in Ziff. 1 genannten Gebiet unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen des Versicherers

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Kosten, soweit diese im Versicherungsjahr je versicherte Person den tariflichen Selbstbehalt übersteigen. Der Selbstbehalt beträgt

	für Männer (ab Alter 21)	für Frauen (ab Alter 21)	für Kinder (Altersgruppe 0 – 15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 – 20)
im Tarif 195	450 Euro	450 Euro	360 Euro
im Tarif 197	450 Euro	450 Euro	360 Euro

Für die Altersberechnung gilt § 8a II Ziff. 2 der AVB 2009 entsprechend.

Tarif 195

1. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Regelhöchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten zu 100 %
- den 10 Euro je Fahrt übersteigenden Betrag für Transporte zu und von der ambulanten Heilbehandlung, falls die medizinische Notwendigkeit des Transports ärztlich bescheinigt wird zu 100 %
- die Inanspruchnahme einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers soweit deren Leistung zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet wird zu 100 %
Bei einer Hausentbindung wird zusätzlich zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme oder Entbindungspfleger eine Entbindungspauschale geleistet. Diese beträgt 330 Euro
- die ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege zu 100 %
Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.
- logopädische Behandlung zu 100 %
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
- Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) zu 100 %
 - Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.
 - Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin. Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
 - Als Hilfsmittel gelten:
 - Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Kompressionsstrümpfe, Leibbinden, orthopädische Maßschuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 Euro je Versicherungsjahr, orthopädische Schuhzurichtungen;
Geh- und Stützapparate, Rollatoren;
elektrisch betriebene Krankenfahrstühle (bis zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1500 Euro);
handgetriebene Krankenfahrstühle;
Perücken bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 400 Euro bei Folgen einer Bestrahlungs- oder Chemotherapie, Körperersatzstücke (z.B. Prothesen, Epithesen, Kunstaugen);
Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
Heimdialysegeräte;
Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte;
Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 Euro;
Überwachungsmonitore für Säuglinge;
Elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 Euro;
Hörgeräte einschließlich Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien;
Sprechhilfen (elektronischer Kehlkopf) einschließlich Erstausrüstung mit Batterien;
Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes;
Inkontinenzartikel nach Operationen, Stoma- und Tracheostomaartikel sowie enterale Ernährung und Zubehör.

- Darüber hinaus sind weitere Hilfsmittel in den Fällen erstattungsfähig, in denen sie eine lebenserhaltende Funktion einnehmen, die durch keines der vorgenannten Hilfsmittel oder durch eine andere zur Verfügung stehende Therapieform gewährleistet werden kann.
- Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
- Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Betrag von 130 Euro innerhalb jeweils zweier Versicherungsjahre zu 100 %
- psychotherapeutische Behandlung zu 100 %
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren Regelhöchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet
 - bis zu 30 Sitzungen im Versicherungsjahr
- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen zu 100 %
- Impfungen zu 100 %
Hierzu zählen auch die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen (s. Anhang, Ziff. 2).

Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

Für Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker werden keine Leistungen erbracht.

2. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Regelleistungen (§ 4 II Ziff. 7 a der AVB 2009) im Krankenhaus (§ 4 I Ziff. 4 AVB 2009) zu 100 %
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung;
 - belegärztliche Leistung werden bis zu den Regelhöchstsätzen (s. Anhang, Ziff. 1) der GOÄ erstattet.
- Unterbringung des gesunden Säuglings, soweit gesondert berechnungsfähig zu 100 %
- den 10 Euro je Fahrt übersteigenden Betrag medizinisch notwendiger Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu 100 %

3. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- zahnärztliches Honorar, soweit es im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Regelhöchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet, bei
 - Zahnbehandlung zu 100 %
Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
 - prophylaktischen Leistungen zu 100 %
 - Zahnersatz zu 65 %
Hierzu zählt die Versorgung mit Prothesen, Stützähnen, Kronen, Brücken und Brückengliedern, Gussfüllungen, Inlays, Reparaturen, nicht jedoch implantologische Leistungen und kein Implantat getragener Zahnersatz
 - kieferorthopädischer Behandlung zu 100 %
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, zu 65 %

Die Erstattungsleistungen sind ab dem dritten Versicherungsjahr nicht durch Höchstbeträge begrenzt.

Im ersten Versicherungsjahr beträgt die Erstattungsleistung jedoch höchstens 525 Euro
innerhalb der ersten beiden Versicherungsjahre höchstens 1.050 Euro

Diese Einschränkung gilt nicht für unfallbedingte Kosten, wenn der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans sind im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes zu 100 % erstattungsfähig.

4. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2009) gilt:

Die gemäß **B. Ziffern 1 bis 3 versicherten Leistungen** sind mit den dort festgelegten Erstattungsprozentsätzen und unter Berücksichtigung des Selbstbehalts auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

Darüber hinaus erstattungsfähig sind die Kosten für

- einen aus medizinischen Gründen notwendigen **Rücktransport aus dem Ausland**, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird, zu 100 %
Es ist das jeweils unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Organisiert der Versicherer den Rücktransport selbst bzw. beauftragt der Versicherer einen Rückholddienst mit dem Rücktransport, so wird er sich nicht auf die Bestimmung des vorgenannten Satzes berufen.
- eine **Überführung** nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise
 - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10.400 Euro
 - aus dem europäischen Ausland bis zu 5.200 Euro
- eine **Beisetzung** im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu 5.200 Euro

Tarif 197 – Zusätzliche Leistung für stationäre Heilbehandlung

Der Tarif beinhaltet die Leistungen des Tarifs 195.

Zusätzlich erstattungsfähig sind die Kosten für

- den Zuschlag für bessere Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 %
- die privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 3) nicht überschreiten zu 100 %

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von
Kinder erhalten 26 Euro
13 Euro

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von
Kinder erhalten 16 Euro
8 Euro

C. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

D. Erleichterter Wechsel in andere Tarife

Hat der Versicherungsnehmer eine Versicherungszeit von 24 Monaten in einem der Tarife 190, 192, 195 oder 197 zurückgelegt, steht ihm ab diesem Zeitpunkt befristet auf zwei Monate das Recht zu, über das Wechselrecht nach § 1 I Abs. 6 der AVB 2009 hinaus ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Tarife auch dann umzustellen, wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist. Im Falle eines Wechsels aus Tarif 195 gilt diese Erleichterung jedoch insoweit nicht, als der neue Tarif Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung (§ 4 II Ziff. 7 b der AVB 2009) beinhaltet.

Anhang

1. **Regelhöchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 2,3fache Satz bzw. der 1,8fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,15fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M der GOÄ (Laborleistungen) sowie Leistungen nach Ziffer 437 der GOÄ.
Regelhöchstsatz der GOZ bzw. GOP ist derzeit der 2,3fache Satz.
2. Von der Ständigen Impfkommision empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf
3. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.