

Krankheitskosten-Tarif MediHealth Prime für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.04.2024)



English version:

www.gothaer.de/tbmhp

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/bKK 2024)

Inhaltsverzeichnis

A. Versicherungsfähigkeit	2
1. Wer kann sich versichern?	2
2. Wann endet die Versicherung?	2
B. Ambulante Leistungen	2
1. Ärztliche Behandlung	2
2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	2
3. Arznei- und Verbandmittel	2
4. <i>Heilmittel</i>	2
5. <i>Hilfsmittel</i> (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)	3
6. Hörhilfen	3
7. Sehhilfen	3
8. Operative Sehschärfenkorrektur	3
9. Digitale Gesundheitsanwendungen	4
10. Psychotherapie	4
11. Soziotherapie	4
12. Naturheilverfahren und Osteopathie durch spezialisierte Heilpraktiker	4
13. Hebammen und Entbindungspfleger	4
14. Kinderwunschbehandlung	5
15. Kryokonservierung	5
16. Sozialpädiatrie und Frühförderung	5
17. Ambulante Kurbehandlung	5
18. Ambulante <i>Entwöhnungsmaßnahme</i>	5
19. Häusliche Krankenpflege	5
20. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	6
C. Stationäre Leistungen	6
1. Stationäre Behandlung	6
2. Rooming-In bei Kindern unter 12 Jahren	6
3. Ersatz-Krankenhaustagegeld	6
4. Stationäre Kurbehandlung	6
5. Stationäre <i>Entwöhnungsmaßnahme</i>	7
6. Hospizleistung	7
D. Zahnärztliche Leistungen	7
1. Zahnprophylaxe	7
2. Zahnbehandlung	7
3. Zahnersatz	7
4. Kieferorthopädie	8
5. Zahnstaffel	8
6. Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen	8
7. Heil- und Kostenplan	8
E. Krankentransporte und Krankenfahrten	8
1. Stationäre Behandlung bei Notfall-Rettungsdienst	8
2. Ambulante und stationäre Behandlung (nicht Notfall)	8
F. Leistungen im Ausland	9
1. Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland oder in das Heimatland	9
2. Gebührenhöhe bei Heilbehandlung im <i>Ausland</i>	9
G. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	10
H. Optionsrecht	10
Begriffsbestimmungen (<i>Begriffe sind im Folgenden kursiv dargestellt</i>)	12

Tarifleistungen

A. Versicherungsfähigkeit

1. Wer kann sich versichern?

Nach diesem Tarif können sich nur solche Personen versichern, die

- einen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben,
- sich mit einem befristeten Aufenthaltstitel in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten,
- nicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- keinen Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge haben.

2. Wann endet die Versicherung?

Die Versicherung endet für die jeweilige versicherte Person

- sobald eine der in Abschnitt A.1 genannten Voraussetzungen wegfällt oder
- wenn diese die maximale Versicherungsdauer von 60 Monaten erreicht hat.

Sie müssen uns *unverzüglich* in *Textform* darüber informieren, wenn für eine versicherte Person die Voraussetzungen für die *Versicherungsfähigkeit* entfallen.

Wenn die versicherte Person unmittelbar vor Beginn der Versicherung in einem anderen Tarif für Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel versichert war, verkürzt sich die Vertragslaufzeit entsprechend.

B. Ambulante Leistungen

1. Ärztliche Behandlung

100 % der *Kosten* für ärztliche Heilbehandlung.

Unter den tariflichen Voraussetzungen erstatten wir auch ärztliche Leistungen, die über einen telefonischen oder digitalen Service erbracht werden (Telemedizin).

Für ambulante ärztliche Behandlung leisten wir auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* hinaus, wenn eine rechtsgültige *Honorarvereinbarung* abgeschlossen wurde.

2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

100 % der *Kosten* für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Erkennung von Krankheiten nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort genannten Altersbegrenzungen.

Über die gesetzlichen eingeführten Programme hinaus leisten wir auch für übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.

100 % der *Kosten* für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.

Dies umfasst auch solche Impfungen, die wegen einer privaten Auslandsreise vorgenommen werden.

3. Arznei- und Verbandmittel

100 % der *Kosten* für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel,
- Harn- und Blutteststreifen sowie
- *enterale* und *parenterale* Ernährung, wenn eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

4. Heilmittel

100 % der *Kosten* für ärztlich verordnete *Heilmittel*.

Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie im Leistungsverzeichnis für *Heilmittel der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)* aufgeführt sind. Die *Kosten* werden im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge erstattet.

Darüber hinaus erstatten wir bei einer Schwangerschaft der versicherten Person die *Kosten* für

- Geburtsvorbereitungskurse,
- Schwangerschaftsgymnastik und
- Rückbildungsgymnastik nach der Entbindung.

Dies gilt auch dann, wenn diese Maßnahmen nicht von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger durchgeführt werden. In diesem Fall erstatten wir die Gebühren maximal bis zu der Höhe, wie sie eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger berechnen könnte.

5. Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)

100 % der *Kosten* für ärztlich verordnete *Hilfsmittel* in funktionaler *Standardausführung* bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** je *Hilfsmittel*.

Kostet ein *Hilfsmittel* voraussichtlich mehr als **1.000 Euro**, müssen Sie uns mit der Beschaffung dieses *Hilfsmittels* beauftragen.

Dies gilt auch dann, wenn ein *Hilfsmittel* zwar weniger als **1.000 Euro** kostet, aber mehrfach bezogen werden muss und dadurch voraussichtlich *Kosten* von mehr als **1.000 Euro** im *Versicherungsjahr* entstehen.

Wir sind in diesem Fall dazu verpflichtet das *Hilfsmittel unverzüglich* in medizinisch notwendiger Ausführung zur Verfügung zu stellen oder aber, sofern dies nicht möglich ist, Ihnen mitzuteilen, dass Sie das *Hilfsmittel* beschaffen können.

90 % der *Kosten*, wenn ein *Hilfsmittel* oder der mehrfache Bezug eines *Hilfsmittels* gleicher Art voraussichtlich einen Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** übersteigt und Sie uns nicht mit dessen Beschaffung beauftragt haben.

Das gilt nicht, wenn die versicherte Person das *Hilfsmittel* im Rahmen einer *Unfall-* oder *Notfall-*erstversorgung bezieht. In diesem Fall ist das jeweilige *Hilfsmittel* zu **100 %** erstattungsfähig.

Hilfsmittel sind erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um

- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- eine beeinträchtigte Körperfunktion auszugleichen oder zu unterstützen oder
- das Leben zu erhalten.

Als *Hilfsmittel* zählen u. a. auch Körperersatzstücke, ausgebildete Blindenführhunde, Blindenlesegeräte sowie Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive dem notwendigen Austausch der Sensoren.

Erstattungsfähig sind die *Kosten* für

- Anschaffung und Wiederbeschaffung,
- Leihe,
- Reparatur und Wartung sowie
- Einweisung in den Gebrauch.

Wir leisten nicht für

- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind,
- Geräte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Unterhalts- und Betriebskosten von *Hilfsmitteln* (z. B. Stromkosten und Batterien),
- Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen,
- Hilfsmittel, die ausschließlich zur Verbesserung des Wohnumfelds dienen (z. B. Treppenlift).

6. Hörhilfen

100 % der *Kosten* für Hörgeräte in funktionaler Standardausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.500 Euro** je Ohr und Hörgerät.

100 % der *Kosten* für Hörgeräte, die vollständig oder teilweise implantiert werden (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen), sofern der Hörverlust nur durch solche Hörgeräte ausgeglichen werden kann.

7. Sehhilfen

100 % der *Kosten* für Sehhilfen (Brillengestell, Brillengläser, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **500 Euro** innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

8. Operative Sehschärfenkorrektur

100 % der *Kosten* für refraktive chirurgische Leistungen (z. B. LASIK, LASEK oder Linsenimplantate) zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit.

In den ersten drei Versicherungsjahren erstatten wir maximal einen Rechnungsbetrag von **250 Euro** je operativen Eingriff und Auge.

Ab dem vierten *Versicherungsjahr* ist die Erstattung je operativen Eingriff und Auge begrenzt auf **1.500 Euro**.

**9.
Digitale
Gesundheitsanwendungen**

- 100 %** der *Kosten* für digitale Gesundheitsanwendungen, sofern diese im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.
- 80 %** der *Kosten* für andere als die zuvor genannten digitalen Gesundheitsanwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** je *Versicherungsjahr*, sofern wir Ihnen die vorherige Zusage in *Textform* erteilt haben.

**10.
Psychotherapie**

- 100 %** der *Kosten* für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 30 Sitzungen je *Versicherungsjahr*.
- 90 %** der *Kosten* für psychotherapeutische ambulante Behandlung ab der 31. bis zur 50. Sitzung je *Versicherungsjahr*.
- 80 %** der *Kosten* für psychotherapeutische ambulante Behandlung ab der 51. Sitzung je *Versicherungsjahr*.

Erstattungsfähig sind *Kosten* für psychotherapeutische Behandlungen durch

- ärztliche Psychotherapeuten,
- psychologische Psychotherapeuten sowie
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*, wenn eine rechtsgültige *Honorarvereinbarung* abgeschlossen wurde auch über die Höchstsätze hinaus.

**11.
Soziotherapie**

- 100 %** der *Kosten* für Soziotherapie, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Voraussetzung ist, dass Sie uns vor Therapiebeginn einen ärztlichen Behandlungsplan vorlegen und wir Ihnen die Zusage in *Textform* erteilen. Wir werden die Zusage erteilen, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Der Anspruch besteht je Versicherungsfall für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Die Behandlung kann von einer Fachkraft für Soziotherapie (z. B. Sozialarbeiter) durchgeführt werden. In diesem Rahmen erstatten wir höchstens den Betrag, der für die Versorgung einer versicherten Person der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

**12.
Naturheilverfahren und
Osteopathie durch spezialisierte
Heilpraktiker**

- 100 %** der *Kosten* für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des *Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)* bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.000 Euro** je *Versicherungsjahr*.

Wir erstatten unter den oben genannten Voraussetzungen auch osteopathische Behandlungen durch spezialisierte Heilpraktiker, wenn diese

- Mitglieder eines Berufsverbands der Osteopathen in Deutschland sind oder
- eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die sie zum Beitritt in einen Osteopathieverband in Deutschland berechtigt.

Psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig.

**13.
Hebammen und
Entbindungspfleger**

- 100 %** der *Kosten* für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger bei Schwangerschaft (Vor- und Nachsorge) und Entbindung.

Darüber hinaus erstatten wir bei einer Schwangerschaft der versicherten Person die *Kosten* für

- Geburtsvorbereitungskurse,
- Schwangerschaftsgymnastik und
- Rückbildungsgymnastik nach der Entbindung.

Die Gebühren sind innerhalb der Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenverordnungen für Hebammen erstattungsfähig.

Für die Entbindung kann die versicherte Person auch ein Geburtshaus ihrer Wahl in Deutschland in Anspruch nehmen. Erstattungsfähig sind die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellten *Kosten*.

**14.
Kinderwunschbehandlung**

100 % der *Kosten* für medizinisch notwendige Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) nach in Deutschland gesetzlich zugelassenen Behandlungsmethoden, sofern ein Therapie- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und wir die vorherige Zusage in *Textform* erteilt haben.

Wir werden die Zusage erteilen, sofern

- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung oder Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet werden (homologe Befruchtung) und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 % besteht.

Die Aufwendungen für die Kinderwunschbehandlung sind in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt auf einen Rechnungsbetrag in Höhe von **1.000 Euro** begrenzt.

Besteht für die Kinderwunschbehandlung ein Anspruch bei einem anderen Kostenträger, so sind wir nur für solche *Kosten* leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers verbleiben.

**15.
Kryokonservierung**

100 % der *Kosten* für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen einschließlich der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen muss.

**16.
Sozialpädiatrie und
Frühförderung**

100 % der *Kosten* für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Preise, soweit kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht.

**17.
Ambulante Kurbehandlung**

100 % der *Kosten* einer medizinisch notwendigen Kurbehandlung.

Wir leisten nur für die ärztliche Behandlung sowie ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Die Leistung erbringen wir erstmals nach dreijähriger Versicherungsdauer und danach im Abstand von jeweils drei Jahren.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so leisten wir nur für die *Kosten*, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

**18.
Ambulante
Entwöhnungsmaßnahme**

100 % der *Kosten* für eine *Entwöhnungsmaßnahme*, wenn wir hierfür eine vorherige Zusage in *Textform* erteilt haben.

Wir werden die Zusage erteilen, wenn die *Entwöhnungsmaßnahme*

- medizinisch notwendig ist,
- kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) leistungspflichtig ist und
- die Maßnahme nicht die Entwöhnung von einer Nikotinabhängigkeit zum Ziel hat.

Während der Vertragslaufzeit kann die Leistung insgesamt dreimal in Anspruch genommen werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

**19.
Häusliche Krankenpflege**

100 % der *Kosten* für ärztlich verordnete medizinische Einzelleistungen bei häuslicher Behandlungspflege.

Die *Kosten* sind erstattungsfähig, wenn durch die *häusliche Behandlungspflege* die ärztliche Behandlung gesichert (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).

100 % der *Kosten* für *Grundpflege* und *hauswirtschaftliche Versorgung* im Rahmen einer Krankenhausvermeidungspflege für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, wenn kein anderer Kostenträger

(z. B. eine private Pflegepflicht- oder Pflegeergänzungsversicherung) leistungspflichtig ist.

Wir übernehmen die *Kosten* für häusliche Krankenpflege, wenn diese von einem Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) erbracht wird, der über einen rechtswirksamen *Versorgungsvertrag* mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen verfügt und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

20. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

100 % der gegebenenfalls nach Vorleistung eines anderen Kostenträgers verbleibenden *Kosten* für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und in Folge einer begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Erstattungsfähig sind *Kosten* bis zu der Höhe, die für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, sofern sie von einem Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) erbracht werden, der über einen rechtswirksamen *Versorgungsvertrag* mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen verfügt und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

C. Stationäre Leistungen

1. Stationäre Behandlung

100 % der *Kosten* für

- allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV),
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Belegarzt, Wahlarzt),
- gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung im Einbett-, Zweibett- oder Familienzimmer.

Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, die nicht nach KHEntgG oder BPfIV abrechnen (Privatkliniken), sind maximal bis zum 2-fachen der *Kosten* erstattungsfähig, die nach KHEntgG oder BPfIV berechnet werden können.

Die Gebühren für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Belegarzt, Wahlarzt) sind auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* erstattungsfähig, wenn eine rechtsgültige *Honorarvereinbarung* abgeschlossen wurde.

2. Rooming-In bei Kindern unter 12 Jahren

100 % der *Kosten* für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson, sofern das bei uns versicherte Kind bei Beginn des Aufenthalts im Krankenhaus noch keine 12 Jahre alt ist.

3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt keine gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, zahlen wir ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von **40 Euro**.

Wird bei einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen, zahlen wir ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von **40 Euro** für jeden Tag, an dem die gesondert berechenbare Unterbringung nicht in Anspruch genommen wurde.

Dies gilt jedoch nicht bei Unterbringung auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation.

Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Tag.

4. Stationäre Kurbehandlung

100 % der *Kosten* für eine medizinisch notwendige Kur oder Sanatoriums-Behandlung. Erstattungsfähig sind die *Kosten* für die ärztliche Behandlung und ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und *Heilmittel*.

Nicht erstattungsfähig sind *Kosten* für Unterbringung, Verpflegung und Kurtaxe.

Die Leistung erbringen wir erstmals nach dreijähriger Versicherungsdauer und danach im Abstand von jeweils drei Jahren.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so leisten wir nur für die *Kosten*, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

**5.
Stationäre
Entwöhnungsmaßnahme**

100 % der *Kosten* für eine *Entwöhnungsmaßnahme*, soweit wir hierfür eine vorherige Zusage in *Textform* erteilt haben.

Wir werden die Zusage erteilen, sofern die *Entwöhnungsmaßnahme*

- medizinisch notwendig ist,
- kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) leistungspflichtig ist und
- die Maßnahme nicht die Entwöhnung von einer Nikotinabhängigkeit zum Ziel hat.

Während der Vertragslaufzeit kann die Leistung insgesamt dreimal in Anspruch genommen werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

Die Entgiftung und der qualifizierte Entzug gelten nicht als *Entwöhnungsmaßnahmen*, sondern sind als akutstationäre Maßnahmen erstattungsfähig.

**6.
Hospizleistung**

100 % der nach Vorleistung der Pflegeversicherung verbleibenden *Kosten* für eine Versorgung in einem Hospiz.

Die versicherte Person hat freie Wahl unter den Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird und die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen.

Erstattungsfähig sind *Kosten* bis zu der Höhe, die für die Versorgung einer versicherten Person in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

D. Zahnärztliche Leistungen

**1.
Zahnprophylaxe**

100 % der *Kosten* für zahnärztlich prophylaktische Leistungen. Als Zahnprophylaxe gelten

- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik,
- professionelle Zahnreinigung.

**2.
Zahnbehandlung**

100 % der *Kosten* für Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen, insbesondere Kunststoff- und Kompositfüllungen und Wurzelbehandlungen. Ausnahme: Fissurenversiegelung (werden der Zahnprophylaxe zugeordnet) sowie Inlays und Kronen (werden dem Zahnersatz zugeordnet),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- chirurgische Leistungen (außer im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen),

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

**3.
Zahnersatz**

90 % der *Kosten* für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne (d. h. bis einschließlich Zahn 8),
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- prothetische Leistungen (insbesondere Brücken, Stütz- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind,
- implantologische Leistungen (inklusive augmentative Leistungen, Suprakonstruktionen und zugehörige chirurgische Leistungen),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen.

4. Kieferorthopädie

90 % der *Kosten* für kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr bei Behandlungsbeginn noch nicht vollendet haben.

90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Die Leistung wird auch dann erbracht, wenn die versicherte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als kieferorthopädische Behandlung gelten z. B. Aufwendungen für

- Brackets (z. B. Mini-, Kunststoff-, Keramikbrackets),
- Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (z. B. Invisalign),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind,

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen.

5. Zahnstaffel

Die Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt:

- 1.500 Euro** im ersten *Versicherungsjahr*,
- 3.000 Euro** in den ersten beiden *Versicherungsjahren*,
- 4.500 Euro** in den ersten drei *Versicherungsjahren*,
- 6.000 Euro** jährlich ab dem vierten *Versicherungsjahr*.

Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.

Die Zahnstaffel gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediHealth Prime ab dem vierten *Versicherungsjahr*.

6. Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen

Die Gebühren für zahnärztliche Behandlung sind auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen *Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ)* erstattungsfähig, wenn eine rechtsgültige *Honorarvereinbarung* abgeschlossen wurde.

Zahntechnische Leistungen sind nach den Bestimmungen der *Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)* erstattungsfähig.

7. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, vor Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Heil- und Kostenplan sollte auch spezifizierte *Kosten* für zahntechnische Leistungen enthalten. Wir teilen Ihnen dann die Höhe der *Kosten* mit, die wir erstatten.

E. Krankentransporte und Krankenfahrten

1. Stationäre Behandlung bei Notfall-Rettungsdienst

100 % der *Kosten* für Krankentransporte (z. B. Rettungswagen (RTW) oder Hubschrauber) zur stationären Behandlung bei Notfall zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus als nächstgelegenes.

Die *Kosten* sind auch erstattungsfähig, wenn nach Erstversorgung im Krankenhaus keine stationäre Aufnahme erfolgt.

2. Ambulante und stationäre Behandlung (nicht Notfall)

Kosten für Krankentransporte im RTW und Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) zu und von der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sind erstattungsfähig, wenn diese wegen

- Dialysebehandlung,
- Strahlen- oder Chemotherapie,

- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
- ärztlich bescheinigter vorübergehender Teilnahmeunfähigkeit am Straßenverkehr der versicherten Person notwendig sind.

**2.a.
Dialyse, Strahlen- oder
Chemotherapie**

100 % der *Kosten* für Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) der versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder Arzt zur Dialyse sowie Strahlen- oder Chemotherapie.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus und jeder Arzt als nächstgelegenes.

Für Fahrten mit dem privaten PKW werden **0,35 Euro** je gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt.

Ist aus medizinischen Gründen während der Fahrt eine medizinische Betreuung notwendig, sind auch die *Kosten* für Krankentransporte im RTW erstattungsfähig.

**2.b.
sonstige Behandlungen**

100 % der *Kosten* für Krankentransporte im RTW oder Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) der versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, Arzt oder Physiotherapeuten.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus und jeder Arzt als nächstgelegenes.

Für Fahrten mit dem privaten PKW werden **0,35 Euro** je gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt.

Die *Kosten* sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **400 Euro** pro *Versicherungsjahr* erstattungsfähig.

F. Leistungen im Ausland

**1.
Rücktransport in die
Bundesrepublik Deutschland
oder in das Heimatland**

100 % der *Kosten* für einen Rücktransport aus dem *Ausland*, wenn dieser aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der Rücktransport ist aus medizinischen Gründen erforderlich, wenn

- für die Rückreise wegen der Krankheit eine besondere Krankentransporteinrichtung genutzt werden muss,
- am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder
- nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung länger als 2 Wochen dauern würde.

Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise sowie die *Kosten* für eine medizinisch notwendige Begleitperson.

Kosten, die der versicherten Person bei einer normalen Rückreise entstanden wären, ziehen wir von unserem Erstattungsbetrag ab.

Die versicherte Person kann wählen, an welchen der nachfolgend genannten Orte sie transportiert werden möchte:

- an ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland,
- in das zu ihrem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland nächstgelegene Krankenhaus,
- an den ursprünglichen Wohnsitz der versicherten Person in ihrem Heimatland oder
- in das zu dem ursprünglichen Wohnsitz der versicherten Person im Heimatland nächstgelegene Krankenhaus.

Als ursprünglicher Wohnsitz im Heimatland der versicherten Person gilt der Wohnsitz im Heimatland, den die versicherte Person unmittelbar vor der Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland hatte.

**2.
Gebührenhöhe bei
Heilbehandlung im Ausland**

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person im *Ausland* gilt in Abweichung zu § 3 Abs. 2 AVB Folgendes:

Unsere Leistungen für Heilbehandlung im *Ausland* sind nicht auf die Gebührenhöhe in Deutschland begrenzt. Stattdessen übernehmen wir die *Kosten* bis zum ortsüblichen Gebührensatz.

Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz in einen Mitgliedstaat der EU, einen Staat des EWR oder

in die Schweiz leisten wir bei einer Behandlung in diesen Staaten höchstens das, was wir für diese Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.

G. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene versicherte Personen beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarif-Kombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) Versicherungsschutz nach Tarif MediHealth Prime während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt B.) und keine zahnärztlichen Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt D.) erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.

Wenn die Versicherung nach Tarif MediHealth Prime aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif MediHealth Prime keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt B.) und keine zahnärztlichen Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt D.) in Anspruch genommen wurden. Darüber hinaus darf auch für das abgelaufene Kalenderjahr aus keiner anderen Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer eine Versicherungsleistung für ambulante oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sein.

- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge, Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns in einer unserer Krankheitskosten-Vollversicherungen wird die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif MediHealth Prime bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt. Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen und Schutzimpfungen (Abschnitt B.2) sowie Zahnprophylaxe-Maßnahmen (Abschnitt D.1) werden bei der Feststellung der Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt.

H. Optionsrecht

Optionsausübung

Endet der Tarif MediHealth Prime gemäß Abschnitt A.2, kann die versicherte Person in einen unserer unbefristeten Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung wechseln.

Sie können die für eine Umstellung vorgesehenen Tarife und Tarifkombinationen bei uns jederzeit erfragen.

Der Wechsel ist nur möglich, wenn

- der Tarif für das Neugeschäft geöffnet ist,
- der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz der versicherten Person weiterhin in der Bundesrepublik Deutschland ist und dies uns gegenüber nachgewiesen wird,
- die versicherte Person in dem neuen Tarif versicherungsfähig ist,
- die Beiträge der letzten 12 Monate vollständig bezahlt sind.

Die versicherte Person kann ohne erneute Gesundheitsprüfung wechseln, wenn Sie den Wechsel innerhalb eines Monats nach Ende des Tarifs MediHealth Prime bei uns schriftlich beantragen.

Hat die versicherte Person den Tarif gewechselt, müssen Sie den Beitrag des neuen Tarifs bezahlen. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge im alten Tarif werden im neuen Tarif übernommen und entsprechend dem vereinbarten Risikograd angepasst.

Unter den genannten Bedingungen besteht auch das Recht auf Umstellung in den Tarif MediCompact Plus oder MediCompact Premium. Maßgebend sind dabei jedoch nicht die bestehenden besonderen ver-

traglichen Vereinbarungen im Tarif MediHealth Prime bzw. dort vereinbarte Risikozuschläge. Stattdessen wird, auf Basis des Gesundheitszustandes bei Beantragung des Tarifs MediHealth Prime, die im Neugeschäft übliche Gesundheitsprüfung des Tarifs MediCompact Plus oder MediCompact Premium durchgeführt. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes während der Versicherungszeit im Tarif MediHealth Prime bleiben unberücksichtigt.

Begriffsbestimmungen

A Ausland	Als Ausland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten alle Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
B Bundesbeihilfeverordnung	In der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) sind die Heilbehandlungs-Maßnahmen für Beamte geregelt. Für diesen Tarif gelten die Höchstbeträge für Heilmittel, die in der BBhV genannt werden.
E Enteral	Enterale Ernährung ist eine Form der künstlichen Versorgung mit Nährmitteln oder Medikamenten. Die Mittel werden dabei direkt in den Magen-Darm-Trakt über den Mund oder Enddarm zugefügt.
Entwöhnungsmaßnahme	Eine Entwöhnungsmaßnahme ist eine medizinische Rehabilitation bei substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (z. B. bei einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen).
G Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/ Zahnärzte (GOZ)	Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privatärztlicher beziehungsweise privat Zahnärztlicher Leistungen. Dabei handelt es sich um medizinische und Zahnmedizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)	Im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker werden anerkannte Naturheilverfahren benannt, die von Heilpraktikern erbracht werden. Obwohl es sich hierbei nicht um eine Rechtsverordnung handelt, stellt das Verzeichnis eine zwingende Grundlage für unsere Leistungen im Bereich Naturheilkunde dar.
Grundpflege	Die Grundpflege ist die pflegerische Versorgung einer Person, die vorübergehend oder dauerhaft ihre alltäglichen Grundverrichtungen (z. B. Körperpflege und Ernährung) nicht alleine bewältigen kann.
H Häusliche Behandlungspflege	Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
Hauswirtschaftliche Versorgung	Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst alle notwendigen Tätigkeiten, die zur Haushaltsführung einer pflegebedürftigen Person gehören, das sind z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigung.
Heilmittel	Heilmittel sind medizinische Leistungen, die von einer Person erbracht werden und der Heilung einer Krankheit dienen. Heilmittel sind z. B. Physiotherapie, Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie.
Hilfsmittel	Hilfsmittel sind bewegliche Gegenstände, die erforderlich sind, um <ul style="list-style-type: none">- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern,- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder- eine bestehende Behinderung auszugleichen. Die Gegenstände haben eine ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung.
Honorarvereinbarung	Über eine Honorarvereinbarung können Ärzte höhere oder niedrigere Kosten für eine ärztliche Behandlung in Rechnung stellen als in der Gebührenordnung vorgesehen. Dies ist nur möglich, wenn zwischen dem Arzt und dem Patienten ein schriftlicher Vertrag geschlossen wird.
K Kosten	Wir leisten nur für solche Aufwendungen, die nach diesem Tarif erstattungsfähig sind. Das umfasst solche Positionen des Rechnungsbetrages, für die wir im Rahmen dieses Tarifs unsere Leistung zugesagt haben.
P Parenteral	Parenterale Ernährung ist eine Form der künstlichen Versorgung mit Nährmitteln und Medikamenten. Die Mittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts durch Injektion oder Infusion verabreicht.
S Standardausführung	Wir leisten für das jeweils kostengünstigste Hilfsmittel, welches einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung genügt. Nicht erstattungsfähig sind daher solche Hilfsmittel, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen und unwirtschaftliche Gebrauchsvorteile bieten. Als unwirtschaftlich gelten insbesondere <ul style="list-style-type: none">- Funktionen, die ausschließlich die Bequemlichkeit und den Komfort bei Nutzung des <i>Hilfsmittels</i> erhöhen und/oder- Merkmale, die lediglich ästhetische oder optische Vorteile bringen.
T Textform	Eine schriftliche Nachricht, aus der hervorgeht, dass sie der Absender sind. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht notwendig. Es reicht z. B. eine E-Mail oder ein Fax.

U Unfall	Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Unverzüglich	Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, also so schnell wie möglich.
V Versicherungsfähigkeit	Der Tarif kann nur unter bestimmten Voraussetzungen abgeschlossen werden, die die versicherte Person erfüllen muss. Die Voraussetzungen werden im Tarif genannt. Die Versicherung endet, wenn eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt.
Versicherungsjahr	Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.