Tarife KV1 - KV4

für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

HanseMerkur Versicherungsgruppe

I. Versicherungsleistungen

Nach Abzug des jeweils vereinbarten Selbstbehalts (siehe Nummer 9.) werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erstattet.

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1. Arztbehandlungen **zu 100 %**

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Hebammenhilfe, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren. Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist. Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

1.2. Arznei- und Verbandmittel **zu 100 %**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

1.3. Heilmittel **zu 100 %**

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

1.4. Hilfsmittel **zu 100 %**

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich:
Hörgeräte; Sprechgeräte; Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel; Bandagen; Orthesen und Prothesen, jeweils in funktionaler Standardausführung; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden und Gummistrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Kunstaugen und sonstigen Körperersatzstücke, CoaguCheck-Systeme (Gerinnungsmonitore), Insulinpumpen, Medikamentenpumpen und Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur dieser Hilfsmittel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter für Säuglinge werden bei bestehender medizinischer Notwendigkeit vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

1.5. Sehhilfen **zu 100 %**

Diese werden bis zur Höhe von 260 EUR erstattet. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 24 Monaten entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

1.6. Hausentbindungen

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß 1.1. bis 1.5. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **520 EUR** gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet.

1.7. Ambulante Operationen

Bei ambulanten Operationen wird neben der Kostenerstattung gemäß 1.1. bis 1.5. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **150 EUR** gezahlt (Bonus für ambulante Operationen). Dieser Betrag wird nur gezahlt, falls eine medizinisch notwendige Operation gemäß Indikationskatalog[1)] nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Der Versicherer kann den Indikationskatalog abändern, um ihn an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen.

Der Bonus für ambulante Operationen wird nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei der Durchführung einer ambulanten Operation gemäß Indikationskatalog erhalten.

[1)] Der Indikationskatalog für ambulante Operationen ist diesen Unterlagen beigefügt.

HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: (0 40) 41 19-11 00, Fax: -32 57 www.hansemerkur.de

2. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu 100 %

Erstattet werden alle im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweils darin genannten Mindestsatz sowie Arznei- und Verbandmittel. Werden derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt, besteht ein Leistungsanspruch in gleichem Umfang. Erstattungsfähigkeit Psychotherapie siehe Nummer 4.
Die Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

3. Ambulante Heilbehandlungen sowie Verordnungen nach Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) durch Ärzte
zu 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimittel bei Behandlungen sowie Verordnungen nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) durch Ärzte. Als solche gelten Verrichtungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) oder als Heilmittel in den Bundesbeihilfevorschriften (in Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - „Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel“) aufgeführt sind. Erstattungsfähigkeit Psychotherapie siehe Nummer 4.
Die Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

4. Ambulante psychotherapeutische Behandlung zu 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähige Aufwendungen sind Behandlungskosten im Rahmen der GOÄ bis zu 80 EUR je Sitzung bis zu 15 Sitzungen pro Kalenderjahr; für weitere Sitzungen besteht Leistungsanspruch im selben Umfang, soweit dem Versicherer vor Fortsetzung der Behandlung eine Beurteilung über die Heilungsmöglichkeit vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.
Geleistet wird für psychotherapeutische Leistungen, die erbracht werden durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder durch psychologische Psychotherapeuten, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben.

5. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %

5.1. Allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 11 - 14 BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG); Aufwendungen für Wahlleistungen (§ 22 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) sowie stationäre Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

5.2. Kosten des Transports mittels Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

5.3. Arzthonorare bei belegärztlicher Behandlung im Krankenhaus.

5.4. Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

6. Zahnärztliche Behandlung

6.1. Zahnbehandlung zu 100 %

Als Zahnbehandlung gelten:
Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

6.2. Zahnersatz zu 80 %
und Kieferorthopädie zu 60 %

Wird die kieferorthopädische Behandlung nachweislich zum Abschluss gebracht, erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 80 %.

Als Zahnersatz gelten:
Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers[2)] aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

Zu Beginn der Versicherung gelten nachstehende Rechnungshöchstbeträge:

1.540 EUR	jeweils im 1. und 2. Versicherungsjahr
3.070 EUR	jeweils im 3. und 4. Versicherungsjahr
6.400 EUR	jeweils im 5. und 6. Versicherungsjahr
unbegrenzt	ab 7. Versicherungsjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (s. Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) entfallen diese Höchstsätze.

[2)] Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

7. Vorsorgebonus

Werden in drei aufeinander folgenden Versicherungsjahren keine Leistungen nach den Nummern 1. - 6. in Anspruch genommen, so werden im Folgejahr durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen gesetzlich eingeführter Programme erstattet, ohne dass der vereinbarte Selbstbehalt von der Versicherungsleistung abgezogen wird. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt erhalten.

8. Beitragsfreiheit bei Elterngeld

Für die Dauer des Bezuges von Elterngeld i. S. d. Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes besteht ein Anspruch auf Beitragsfreiheit von maximal zwölf Monaten für Entbindungen frühestens acht Monate nach Versicherungsbeginn, sofern das zu versteuernde Familien-Bruttoeinkommen im Jahr vor der Geburt für Ehegatten, die nicht dauernd getrennt leben, für Lebenspartner oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebende Eltern 40.000 EUR, für andere Personen 30.000 EUR pro Jahr nicht übersteigt. Das Vorliegen der Voraussetzungen ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

9. Selbstbehalt

9.1. In den Tarifen KV1 - KV4 erfolgt die tarifliche Leistung nach Abzug von Selbstbehalten.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

Tarif KV1, Erwachsene	**420 EUR**
Tarif KV1, Kinder, Jugendliche	**360 EUR**
Tarif KV2	**800 EUR**
Tarif KV3	**1.920 EUR**
Tarif KV4	**500 EUR**

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge. Der Betrag bei Hausentbindungen gemäß Nr. 1.6. und bei ambulanten Operationen gemäß Nr. 1.7. wird nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt angerechnet.

9.2. Beginnt die Versicherung in den Tarifen KV1 - KV4 nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt auch, wenn der Selbstbehalt anlässlich einer Beitragsanpassung gemäß §§ 8a, 8b der Muster- und Tarifbedingungen unterjährig geändert wird. Werden die Beiträge angepasst (siehe §§ 8a, 8b der Muster- und Tarifbedingungen), so kann nach den technischen Berechnungsgrundlagen auch der Selbstbehalt geändert werden.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

II. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.