

Krankheitskostenversicherung für die ambulante Heilbehandlung A-Beihilfe mit den Tarifstufen AA 20 – A 50

Krankheitskostentarif für die ambulante Heilbehandlung
für Beamte, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge
und beihilfeberechtigte Angestellte im öffentlichen
Dienst mit Familienangehörigen

Krankheitskostenversicherung für die ambulante Heilbehandlung

Krankheitskostentarif für die ambulante
Heilbehandlung für **Beamte, Personen mit Anspruch
auf Heilfürsorge und beihilfeberechtigte Angestellte
im öffentlichen
Dienst mit Familienangehörigen**

A-Beihilfe mit den Tarifstufen AA 20 – A 50

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Leistungen des Versicherers

Nach den Tarifstufen	AA 20 – 20%	
	A 05 – 5%	A 30 – 30%
	A 10 – 10%	A 35 – 35%
	A 15 – 15%	A 40 – 40%
	A 20 – 20%	A 45 – 45%
	A 25 – 25%	A 50 – 50%

des Rechnungsbetrages für:

1. Ärztliche Leistungen

Als ärztliche Leistungen gelten Beratungen, Hausbesuche, Operationen sowie sonstige Untersuchungen und Behandlungen einschließlich reproduktionsmedizinische Maßnahmen und Psychotherapie. Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden erbracht, wenn eine fachärztliche Feststellung der Erkrankung erfolgte. Neben ärztlichen Leistungen können dann auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn – nach maximal 5 probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage erteilt hat.

Erstattungsfähig sind Transportkosten durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder medizinischen Notfall. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie, sofern eine Fahruntauglichkeit ärztlich bescheinigt wird.

2. Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen und Strahlentherapie.

3. Arzneimittel

Als Arzneimittel gilt auch Verbandmaterial. Zu den Arzneimitteln gehören jedoch nicht – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr- und Stärkungsmittel; es sei denn, sie wurden im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen (z. B. parenterale und enterale Ernährung) ärztlich verordnet. Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate werden ebenfalls nicht erstattet.

4. Heilmittel

Heilmittel sind physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kältebehandlung, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie).

5. Hebammenhilfe bei Schwangerschaft und Hausentbindung

Erstattet werden die Hebammenkosten wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt. Dazu gehören auch die Kosten für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik.

6. Hilfsmittel (außer Brillen und Kontaktlinsen)

Hierunter fallen technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Erstattet werden auch Aufwendungen für das Ausleihen von Hilfsmitteln (bis max. zur Kostenhöhe des Anschaffungspreises) und zur Reparatur oder Wartung der Hilfsmittel, jedoch keine Batterien für Hörgeräte.

7. Brillen oder Kontaktlinsen

bis 160,- EUR jährlich, darüber hinaus zu einem Drittel der tariflichen Erstattungsprozentsätze.

8. Vorsorgeuntersuchungen

bis zu 160,- EUR je Vorsorgeuntersuchung, darüber hinaus zu einem Drittel der tariflichen Erstattungsprozentsätze. Hierzu zählen sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

9. Impfungen

Erstattet werden Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe. Nicht erstattungsfähig sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.

10. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Die Kosten sind in dem Rahmen erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre bzw. innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt.

11. Häusliche Behandlungspflege

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (zum Beispiel Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

B Versicherbarkeit in der Tarilstufe AA 20

In der Tarilstufe AA 20 sind nur Personen mit einem Beihilfebemessungssatz von 50% nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften versicherbar. Eine Versicherung nach der Tarilstufe AA 20 kann nur zusammen mit einer Versicherung nach der Tarilstufe A 30 bestehen und endet bei Wegfall dieser Voraussetzung. Darüber hinaus endet die Versicherung nach der Tarilstufe AA 20 – unbeschadet der §§ 13 – 15 MB/KK 2009 – mit der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes um 20 Prozentpunkte.

C Anpassung an Beihilfe

Der Versicherungsschutz soll dem Beihilfeanspruch so angepasst sein, dass der prozentuale Erstattungs- und Beihilfesatz 100% des Rechnungsbetrages nicht übersteigen. Verringert sich der Beihilfeanspruch oder fällt er weg, so kann eine entsprechende Höherversicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten binnen 6 Monate beantragt werden, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung unter Berücksichtigung des Beihilfeanspruches erforderlich ist.

Beihilfeberechtigte Personen haben das Recht, nach Fortfall des Beihilfeanspruches und anschließender Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit oder einer Tätigkeit als Arbeitnehmer zusätzlich ein Krankentagegeld zu vereinbaren.

Der Versicherer wird diesen Antrag annehmen, sofern der Abschluss spätestens zwei Monate nach Fortfall des Beihilfeanspruches beantragt wird und die Krankentagegeldversicherung rückwirkend zum Termin des Fortfalls der Beihilfe beginnt. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme bis zum jeweils gültigen Höchstsatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer Mindestkarenzzeit von 42 Tagen.

D Beiträge

Die monatliche Beitragsrate (Beitragsübersichtsblatt) richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person.

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG zu entrichten. Der Zuschlag beträgt 10% der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben.

Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.