

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

(2.1) Als Versicherungsfall gilt auch der Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist.

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, so lange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(4.1) Abweichend von § 1 (4) und § 15 (3) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz

- entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt,
- oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.

(4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß § 1 (4.1) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(4.3) Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf

der jeweils gem. § 1 (4.1) und (4.2) geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen.

(4.4) Während der Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) und solange eine besondere Vereinbarung gem. § 1 (4.3) besteht, ist eine Beendigung der Versicherung nach § 15 (3) ausgeschlossen.

(4.5) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

(6.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (6) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

(6.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (6) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (6.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(6.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (6) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Tarif uni-A

für ambulante Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Der Abschluss des Tarifes uni-A für ambulante Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- **Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),**
- **Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,**
- **Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,**
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).
- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Brillen,
 - Blutzuckermessgerät,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden,
 - Kompressionsstrümpfe und
 - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.
- weitere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.

Hierzu gehören z.B.:

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
- Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,

- Krankenfahrräder, z.B. bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

- Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist,

- Heilmittel;

zu den Heilmitteln gehören insbesondere:

- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.
- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Vorrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Vorrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.
- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

Ergänzungstarif uni-ZA

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifes uni-ZA setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

1.2 Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif uni-ZA.

Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif uni-ZA darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes uni-ZA entsprechend herabgesetzt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen, sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- plastische Füllungen (z. B. lichterhärte Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.3 Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn des Ergänzungstarifs höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag

von 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,

von 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren,

von 7.700 EUR für alle Behandlungen in den ersten fünf Versicherungsjahren,

von 15.400 EUR für alle Behandlungen in den ersten sieben Versicherungsjahren.

Bei Tarifen mit unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen innerhalb einer Tarifstufe werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Behandlung entfällt der Jahreshöchstsatz. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf den Jahreshöchstsatz nicht angerechnet.

2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

g) Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen (Sehhilfen).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) sowie Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen zu 100 %. Die Erstattung ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 600 EUR innerhalb von 24 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.

h) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen.

i) Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen (z. B. wegen Gehunfähigkeit) nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.

Über die medizinischen Gründe der Krankenfahrten und transporte ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Indikationen (z. B. bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen sowie bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.

Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne dieser Bedingungen.

j) Schwangerschaft, Entbindung, Sterilisation und Empfängnisverhütung.

Hierzu gehören:

- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
- Geburtshilfe (auch Hausgeburten) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus.
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.
- Aufwendungen der Schwangeren für Geburtsvorbereitungskurse, Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sowie die Beratung und Unterstützung durch eine Hebamme bzw. durch einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.
- Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.
- Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation.
- Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen schwangerschaftsvermeidenden und schwangerschaftsunterstützenden Maßnahmen. Für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.

k) präventive Maßnahmen der Medizin.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

l) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege).

Erstattungsfähig sind

- aa) Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Zur Behandlungspflege gehören z. B. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Die Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind ebenfalls erstattungsfähig.

- bb) zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten Behandlungspflege (einschließlich Intensivbehandlungspflege) nach Buchstabe aa) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht angemessen pflegen und versorgen kann.

Die Leistungen nach Buchstabe aa) und bb) bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer.

Die Leistungspflicht entsteht insoweit frühestens mit dem Zugang des entsprechenden Antrags beim Versicherer. Die Zustimmung wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und oben genannten Voraussetzungen erteilt.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen könnte. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.

m) ambulante Palliativversorgung.

Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn diese ärztlich verordnet wurde und durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung durchgeführt wird.

Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund von einer zugleich begrenzten Lebenserwartung auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z. B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.

n) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

o) Kinderwunschbehandlung.

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.

Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vor.

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfindnisverhüllende Mittel (soweit diese nicht nach Ziffer I.1.2.1 j) erstattungsfähig sind), Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu 100 %:

Vorbeugende Maßnahmen sind

- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Verhütung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten.

b) Zahnbehandlung zu 100 %.

Kosten für Zahnbehandlungen sind

- allgemeine, konservierende zahnärztliche Leistungen (z. B. Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen) - außer bei der Versorgung mit Kronen,
- chirurgische zahnärztliche Leistungen (z. B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien) außer im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gem. Ziffer 1.3.1. c),
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Röntgendiagnostik,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- DROS-Schienen,
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Zu Zahnbehandlungen gehören insbesondere auch

- plastische Füllungen (z. B. lichterhärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Zahnersatz zu 90 %.

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für

- prothetische Leistungen (z. B. Kronen, Teleskopkronen einschließlich Verblendungen, Onlays, Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen.

Zu Zahnersatz gehören insbesondere auch

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

d) Zahn- und Kieferregulierung zu 90 %.

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten.

e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind im Rahmen von Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung zu 90 % und ansonsten zu 100 % erstattungsfähig.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach Ziffer I.1.3.1 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendungen eines Lasers).

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans sind zu 100 % erstattungsfähig.

1.3.2 Leistungshöchstbetrag

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer I.1.3. zusammen beträgt je versicherte Person höchstens

1.500 EUR im ersten Versicherungsjahr,
3.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren,
4.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
6.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung entfällt ab dem 5. Versicherungsjahr.

Hat der Versicherte in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn der Versicherung in diesem Tarif jährlich eine Zahnvorsorgeuntersuchung gemacht, entfällt die Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr.

b) Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

c) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.3 Wartezeiten bei vorbeugenden Maßnahmen und Zahnbehandlung

Abweichend von § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I beträgt die besondere Wartezeit bei vorbeugenden Maßnahmen nach Ziffer 1.3.1. a) und bei Zahnbehandlungen nach Ziffer 1.3.1. b) drei Monate.

1.4 Stationäre Heilbehandlung

1.4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz.

b) die von einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik) berechneten Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

c) die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz. Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die "1. Klasse" oder die "2. Klasse".

d) gesondert berechenbare Arzthonorare (z. B. ärztliche Wahlleistungen).

VII Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs uni-TOP|Privat

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen wird nicht auf die Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung angerechnet.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

a) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Erstattung der Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23 - 29 enthalten.

Bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening und den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reichen die im Verzeichnis bei den jeweiligen Untersuchungen aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

GOÄ-Ziffern	
250 oder 250a	Blutentnahme beim Kind
4030	TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
3789	Biotinidase
3790	Galaktose (Enzymbestimmung)
4078	Carnitin
4079	Massenspektrometrie
4210	Tyrosinämie Typ I
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)

Screening 5-q assoziierter Muskeldystrophie

GOÄ-Ziffern	
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 2-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Früherkennung der Sichelzellerkrankheit

GOÄ-Ziffern	
3691 oder	Kapillarelektrophorese
3693A oder	Tandemmassenspektrometrie
3737A	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

GOÄ-Ziffer	
602	Oxymetrische Untersuchung zur Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
26	Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3613	Glukosetoleranztest, oral
3511	Harnstreifentest
250	Blutentnahme
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
3517	Hämoglobinbestimmung
3504 oder 3550	Blutbild
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
4395	HIV-Test
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors zur Vermeidung unnötiger Anti-D-Prophylaxe

GOÄ-Ziffern	
21	Eingehende humangenetische Beratung je angefangene halbe Stunde
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 4-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851 oder	Zytologische Untersuchung bei Frauen
4815A	Dünnschichtzytologie ¹⁾
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials, HPV-Test erst ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild
418	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet ²⁾
420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust ²⁾
420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite ²⁾

Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30 in dreijährigen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch
60A	Konsiliarische Erörterung
5266	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag für digitale Radiografie

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (ab Alter 35, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
4643	Hepatitis B-Virus
4406	Hepatitis C-Virus

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562.H1	Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
3563.H1	HDL-Cholesterin
3564.H1	LDL-Cholesterin
3565.H1	Triglyzeride

3583.H1 Bestimmung der Harnsäure

Früherkennung von Nierenerkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern

29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3511 oder	Harnstreifentest oder
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)/ Harnsäure
250	Blutentnahme
3585.H1	Kreatinin
410	Ultraschalluntersuchung der ersten Niere
420	Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern

28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)³⁾

GOÄ-Ziffern

1	Beratung
3735A oder	Untersuchung auf verborgenes Blut
3736A	im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherken- nung
261	Injektion zur Sedierung einschließlich Sach- kosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern

5380	Osteodensitometrie
410	Ultraschalluntersuchung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

GOÄ-Ziffern

29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
410	Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

Hinweise zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen:

- ¹⁾ von Alter 20 bis Alter 34 jährliche Untersuchung, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
- ²⁾ von Alter 30 bis Alter 49 in dreijährigen Abständen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen
- ³⁾ von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen
oder ab Alter 50 insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)

b) Zahnprophylaktische Leistungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte BRE), falls die Kosten im Rahmen von zahnprophylaktischen Leistungen entstehen.

GOZ-Ziffern

0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
1040	Professionelle Zahnreinigung

GOÄ-Ziffer
Ä1

Beratung, auch telefonisch

c) Präventionskurse

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse, die der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns dienen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.

Die Erstattung erfolgt zu 100 % für bis zu zwei Präventionskurse und bis auf 200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

Voraussetzung der Erstattung ist, dass eine mindestens 80-prozentige Teilnahme nachgewiesen wird.

Für Kurseinheiten, die bereits vor Versicherungsbeginn stattgefunden haben, erfolgt keine Erstattung.

VIII Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge sowie im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII aufgeführten Maßnahmen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht zum Vorteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif uni-VE

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Leistungen des Versicherers

1 Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattet werden die Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychotherapie gemäß 1.2,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- **Vorsorgemaßnahmen zusammen bis zu 500 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),**
- **Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,**
- **Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,**
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).
- Kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Blutzuckermessgerät,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden,
 - Kompressionsstrümpfe und
 - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.
- Sehhilfen zusammen bis zu 310 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (bei Vereinbarung der Tarifstufe uni-VE 900 K vgl. 10.2).
Hierzu gehören z.B.:
 - Brillengläser,
 - Brillengestelle,
 - Kontaktlinsen.
- weitere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres.
Hierzu gehören z.B.:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
 - Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
 - Körperersatzstücke,
 - Krankenfahrsstuhl,
 - elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperationen,
 - Blindenhund,

- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellendem Unfall, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

- Heilmittel;
zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
 - Inhalationen,
 - Übungsbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
 - Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
 - Massagen,
 - Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
 - Kälte- und Wärmebehandlungen,
 - Elektro- und Lichttherapie,
 - Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
 - Ergotherapie,
 - Hippotherapie,
 - medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- ambulante Kurbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Hierzu gehören die bei einer ärztlich verordneten und ambulant durchgeführten Kur anfallenden ärztlichen Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, unberührt.
- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.
- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte mit dem Ziel die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.
- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen

im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.2 Leistungsvoraussetzungen bei ambulanter Psychotherapie

1.2.1 Die versicherte Person, hat unbeschadet der Regelung gemäß 1.2.2, die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Fachärzten für „Psychotherapie“, „Psychotherapeutische Medizin“ und „Kinder- und Jugendpsychotherapie“ sowie Ärzten, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ bzw. „Psychoanalyse“ berechtigt sind.

1.2.2 Weiterhin sind die für eine Behandlung durch niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ anfallenden Kosten erstattungsfähig.

1.2.3 Erstattungsfähig bei ambulanter Psychotherapie sind insgesamt bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfangnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Hin- und Rückfahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- Beseitigung von Schönheitsfehlern. Hierzu zählen nicht medizinisch notwendige kosmetische Behandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker, es sei denn, diese sind gleichzeitig niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ im Sinne von 1.2.2.

2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

2.1 Erstattet werden die Aufwendungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für:

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentin-adhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Leistungshöchstsätze

2.2.1 Für die erstattungsfähigen Kosten der unter 2.1 genannten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

3.100 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre,

7.700 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre,

15.400 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten sieben Kalenderjahre.

Ab dem achten Kalenderjahr beträgt der Leistungshöchstsatz für jeweils drei Kalenderjahre zusammen 15.400 EUR. Hierbei werden die erstattungsfähigen Kosten des Kalenderjahres, in dem die Behandlung stattfand und die erstattungsfähigen Kosten der beiden vorhergehenden Kalenderjahre zusammengerechnet.

2.2.2 Auf die Höchstsätze der jeweiligen Kalenderjahre werden zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

2.2.3 Werden zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Behandlungen aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.2.4 Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung von Jahreshöchstsätzen dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

2.3 Leistungsvoraussetzung

2.3.1 Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

2.3.2 Wird vor Beginn der Behandlung keine schriftliche Zusage eingeholt, be-

Intro-Reihe (intro300 & intro600)

Zu den weiteren Hilfsmitteln gehören z.B.

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

i) Sehhilfen zu

75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind

- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

j) Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

k) Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat sowie der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist zu

100 %.

l) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.

m) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandswechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärzt-

liche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Verrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Verrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.

n) ambulante Palliativversorgung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

o) sozialpädiatrische Behandlung und Frühförderung zu

100 %.

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

p) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zu

100 %.

Zu den Maßnahmen der refraktiven Chirurgie gehören z. B.

- LASIK-Operationen,
- Femto-LASIK-Behandlungen,
- LASEK/PRK-Operationen,
- Clear-Lens-Exchange.

1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif uni-intro|Privat keine Anwendung),
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

1.2.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1, 1.2.1 a), b), c), e), f), g), h) und i) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Leistungsbegrenzung

- a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.3.2 zusammen errechnet sich unter Berücksichtigung der jeweils nach I.1.3.2 maßgeblichen Erstattungsprozentsätze höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

Intro-Reihe (intro300 & intro600)

insgesamt:

- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
- 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
- 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
- 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
- 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind

- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:

- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

c) Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren) zu

100 % für die zahnärztliche Leistung;

60 % für zahntechnische Leistungen.

d) Zahnersatz zu

60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

Hierzu gehören insbesondere auch:

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- DROS-Schienen.

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

e) Zahn- und Kieferregulierung zu

60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

60 %.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach I.1.3.2 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers).

1.3.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.4 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

1.4.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die Kosten für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.4.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

1.4.2 Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhausentgelt von 125 EUR.

1.4.3 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen