

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Kranken-Zusatzversicherung

Teil II: Tarife AB1O, AB2O und AB3O der ambulanten Zusatzversicherung

Stand: 01.05.2021

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

I	Erstattungsmerkmale	2
1	Erstattungshöchstbetrag	2
2	Zuordnung der Kosten	2
3	Verhältnis zu weiteren Leistungen des Versicherers	2
II	Unsere Leistungen	3
1	Sehhilfen	3
2	Refraktive Chirurgie	3
3	Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse	3
4	Naturheilverfahren	3
5	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	3
6	Gesetzliche Zuzahlungen	4
7	Behandlung in Deutschland	4
8	Behandlung im Ausland	5
III	Wartezeiten	5
IV	Beiträge	5
1	Beitragsberechnung	5
2	Beitragsanpassung	5
V	Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	5
1	Beendigung	5
2	Fortführungsmöglichkeiten	6
3	Umstufung	6
VI	Glossar	7

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif 100 % für:

- Sehhilfen (höchstens 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren)
- Refraktive Chirurgie
- Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse
- Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen)
- gesetzliche Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Für alle Leistungen erhalten Sie insgesamt pro Kalenderjahr aus dem Tarif:

AB10	AB20	AB30
500 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den folgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die ambulante Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind
oder
- bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Tarif (§ 193 Abs. 3 VVG) versichert sind
und
- als Mitarbeiter eines Unternehmens innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages mit uns in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden.

I Erstattungsmerkmale

1 Erstattungshöchstbetrag

Für **alle** unter II. aufgeführten Leistungen erstatten wir insgesamt maximal je versicherter Person und je Kalenderjahr aus dem Tarif:

AB10	AB20	AB30
500 EUR	1.000 EUR	1.500 EUR

Beginnt die Versicherung nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, vermindert sich für dieses Kalenderjahr der vorgesehene Erstattungshöchstbetrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

2 Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet,
- das Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel bezogen wird
oder
- wir sonstige tarifliche Leistungen zahlen.

Das Rechnungsdatum ist dafür nicht maßgeblich.

3 Verhältnis zu weiteren Leistungen des Versicherers

Leistungen aus dem Tarif ABO gehen den Leistungen aus unseren anderen Tarifen vor. Die Erstattung erfolgt also zunächst aus dem Tarif ABO. Verbleibende Rechnungsbeträge werden nach den anderen Tarifen erstattet, soweit sie dort erstattungsfähig sind.

II Unsere Leistungen

1 Sehhilfen

Versichert sind die Kosten für:

- Brillengläser,
- Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Reparaturen.

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten bis zu 200 EUR** innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn. Dieser Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen und Reparaturen.

Ein Beispiel: Ihre Versicherung beginnt am 01.08.2021. Sie kaufen am 01.09.2021 eine Sehhilfe. Dann besteht ein erneuter Anspruch auf die maximale Leistung ab dem 01.01.2023.

Nicht versichert sind die Kosten für die Pflege und die Reinigung von Sehhilfen.

2 Refraktive Chirurgie

Versichert sind Operationen der refraktiven Chirurgie: beispielsweise Lasik, also Augenlasern.

Sind nach der Operation erneut Sehhilfen nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.

3 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Präventionskurse

(1) Versichert sind die Kosten für:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die Vorsorge während der Schwangerschaft,
- sportmedizinische Untersuchungen,
- Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt,
- die Gripeschutzimpfung,
- die Zeckenschutzimpfung (FSME).

Nicht versichert sind:

- Kosten für dienstliche Zwecke, beispielsweise eine Untersuchung zur Flugtauglichkeit,
- **Gendiagnostische Untersuchungen**,
- Schutzimpfungen, zu deren Übernahme der Arbeitgeber per Gesetz verpflichtet ist und
- Reiseschutzimpfungen.

(2) Wir erstatten die Aufwendungen für Präventionskurse zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die Präventionskurse müssen den Anforderungen des § 20 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Dies gilt sowohl für die inhaltliche als auch qualitative Ausgestaltung. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Die Zertifizierung und die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten sind vom Anbieter zu bestätigen.

4 Naturheilverfahren

Versichert sind die Kosten für **Naturheilverfahren** bei der ambulanten Behandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker.

Voraussetzungen:

- Heilpraktiker erfüllen die Anforderungen nach dem deutschen Heilpraktikergesetz und rechnen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab,
- Ärzte rechnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab.

Als **Naturheilverfahren** gelten alle **Naturheilverfahren** nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung. Dies schließt alle Leistungen mit ein, die im aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) enthalten sind.

Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordnet wurden. Sie müssen die Arzneimittel in der Apotheke kaufen.

Nicht versichert sind die Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker.

5 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Versichert sind die **erstattungsfähigen Kosten** für ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Heilmittel sind zum Beispiel:

- Hydrotherapie (beispielsweise medizinische Bäder),
- Massagen,
- Kälte- und Wärmetherapie (beispielsweise Packungen),
- Inhalationen,
- mechanische Behandlung (beispielsweise Behandlung mit einem Schlingentisch),
- Lichttherapie (beispielsweise Behandlung mit Ultraviolett-Licht),
- Bestrahlungen (beispielsweise Behandlung mit Heißluft)
- Behandlung mit elektrischem Strom (beispielsweise Behandlung mit Reizstrom),
- Atmungsbehandlung,
- logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen,
- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (beispielsweise manuelle Therapie, Chirogymnastik),
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- osteopathische Behandlung,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- therapeutisches Reiten (Hippotherapie) sowie
- Bewegungstherapie (Heileurythmie).

(2) Versichert sind auch ärztlich verordnete Hilfsmittel, die

- Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und
- den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder
- das Leben erhalten.

Wir erstatten auch die Kosten für die Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln.

Nicht versichert sind die Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege und die Reinigung von Hilfsmitteln. Das sind zum Beispiel Kosten für Strom, den Ersatz von Batterien, Akkus oder Ladegeräten.

Nicht versichert sind die Kosten für folgende Geräte – auch wenn diese ärztlich verordnet sind:

- Geräte, die überwiegend zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören (beispielsweise Ergometer und Heimtrainer) sowie
- Geräte zur allgemeinen Lebensführung. Das sind zum Beispiel:
 - Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen,
 - Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen sowie
 - Mund- und Nasenduschen sowie Zahnbürsten.

6 Gesetzliche Zuzahlungen

Versichert sind auch die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Bitte legen Sie uns zur Erstattung eine ärztliche Verordnung und einen Beleg für die Zuzahlung vor.

7 Behandlung in Deutschland

(1) Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen. Heilpraktiker müssen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) abrechnen.

(2) Für Heilmittel wenden wir die Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an. Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen erstatten wir ohne Begründung bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ. Wenn ein Heilmittel nicht in der GOÄ aufgeführt ist, zahlen wir maximal den beihilfefähigen Höchstsatz.

Folgende Fachkräfte dürfen Heilmittel erbringen:

- Ärzte
- Heilpraktiker sowie
- nach Verordnung durch Ärzte oder Heilpraktiker: andere staatlich geprüfte oder staatlich anerkannte Angehörige von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen. Das sind zum Beispiel:
 - Osteopathen, Physiotherapeuten, Logopäden,
 - Sonderschullehrer oder Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik,
 - Ergotherapeuten, Podologen, Masseure sowie Hebammen und Entbindungspfleger.

8 Behandlung im Ausland

Für Behandlungen im Ausland übernehmen wir die Kosten in ortsüblicher Höhe. Im jeweiligen Land kann eine **Taxe** zur Berechnung der Kosten existieren. In diesem Fall sind Behandlungskosten nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten haben.

III Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

IV Beiträge

1 Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Es gilt eine Beitragsgruppe für die Alter 16 bis 70 Jahre.

2 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende Beobachtungseinheiten:

- AB10 Erwachsene
- AB20 Erwachsene
- AB30 Erwachsene.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Eine Beitragsanpassung erfolgt nicht, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

Ein Beispiel: Eine besonders schwere Grippewelle verursacht einmalig sehr hohe Kosten, die so für die Zukunft nicht wieder zu erwarten sind.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

V Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1 Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- a) die versicherte Person aus dem Unternehmen ausscheidet,
- b) der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber endet,
- c) das Arbeitsverhältnis für die versicherte Person ruht, beispielsweise während der Elternzeit oder bei Ableistung eines Freiwilligendienstes,
- d) die versicherte Person Altersrente bezieht.

(2) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von zwei Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

(3) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2 Fortführungsmöglichkeiten

(1) Wenn der Beendigungsgrund a) eintritt, können Versicherte der GKV die Versicherung im Tarif AP fortsetzen. Dabei wird der Tarif AB10 im Tarif AP5 und die Tarife AB20 und AB30 im Tarif AP7 fortgesetzt.

(2) Wenn die Beendigungsgründe b), c) oder d) eintreten, kann die versicherte Person die Versicherung im Tarif ABF in der gleichen Tarifstufe fortsetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

(3) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung des Tarifs ABO bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

3 Umstufung

(1) Wenn die versicherte Person bei einer GKV versichert ist, gilt:

Ab dem auf den 70. Geburtstag folgenden Kalenderjahr wird die Versicherung von Tarif ABO in Tarif ABF mit der gleichen Tarifstufe umgestellt. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die betroffene versicherte Person nach Abschnitt D. 1. Absatz 3 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung kündigen.

(2) Wenn die versicherte Person bei einer PKV versichert ist, gilt:

Die Versicherung im Tarif ABO endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in welches der 70. Geburtstag fällt.

VI Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Erstattungsfähige Kosten: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag oder den erstattungsfähigen Kosten.

Gendiagnostische Untersuchungen: auch Gentests, sind Analysen der Erbanlagen (DNA), um Informationen über verschiedene genetische Eigenschaften eines Individuums zu gewinnen.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Naturheilverfahren: Es handelt sich um medizinische Heilmethoden, welche die selbstheilenden Kräfte des Körpers ansprechen und zumindest in Teilen naturbelassen oder natürlichen Ursprungs sind. Sie sollen Krankheiten vorbeugen, heilen oder lindern. Zu den „klassischen Naturheilverfahren“ zählen zum Beispiel: Homöopathie, Ernährungstherapie, Thermotherapie, Hydrotherapie, Klimatherapie, Atemtherapie, Phytotherapie (soweit wissenschaftlich überprüft) und der Einsatz von physikalischen Reizen wie Licht, Luft, Wärme und Kälte, Bewegung und Ruhe (Physikalische Therapie).

Im Gegensatz dazu stehen die sogenannten „Außenseiterverfahren“, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind, da sie häufig auf spekulativen Denkmodellen beruhen und den Nachweis klinischer Wirksamkeit nicht erbringen können. Eine Gleichsetzung solcher Methoden mit der naturheilkundlichen Behandlung ist nicht möglich.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (Alterungsrückstellungen) werden nicht gebildet.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.