

Versicherungsbedingungen



für die Kranken- und Pflegeversicherung



Wichtig für die Empfangs-
bestätigung im Antrag:
KVB-800
05.24

Tarif uni-Top|Privat (uni-TP)

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.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

1.1 Selbstbeteiligung

Von der sich gemäß Ziffer I ergebenden Versicherungsleistung wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Diese beträgt in der Tarifstufe uni-Top|Privat 300 pro versicherte Person und Kalenderjahr 300 EUR. Die Selbstbeteiligung verringert sich für Kinder/Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr (vgl. Ziff. III.2), das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, um die Hälfte.

Die Selbstbeteiligung fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind

- Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII,
- Leistungen für Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich,

Nicht betroffen von der Selbstbeteiligung sind auch:

- die Leistungen für die garantierte Beitragsrückerstattung gemäß Ziffer II und
- die Beitragsbefreiung gemäß Ziffer IV

1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) ambulante Untersuchungen, Heilbehandlungen, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlungen siehe Ziffer I.1.2.1 c)).

Hierzu gehören auch

- Labordiagnostik,
- bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen, CT, MRT und Sonografie),
- technische Leistungen (z. B. EKG, EEG, EMG),
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Wegebegleit des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Strahlenbehandlungen (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Untersuchungen und Heilbehandlungen im Rahmen der Alternativmedizin,
- ambulante Operationen (§ 115b SGB V und ambulante Behandlungen im Krankenhaus (§ 39 SGB V).

- b) ambulante Untersuchungen und Heilbehandlungen mit Ausnahme von Psychotherapie durch Heilpraktiker. Die Erstattung aller Aufwendungen erfolgt zu 100 % und ist insgesamt auf 2.000 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

- c) ambulante Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt zu 100 % bis zur 20. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 21. Sitzung eines Kalenderjahrs erfolgt die Erstattung zu 90 %.

- d) Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z. B. bei Enzymmangelkrank-

heiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.

e) 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,
- andere physikalische Behandlungen,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- Ernährungstherapie,

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und der in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten.

- f) Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe Ziffer I.1.2.1 g)), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.

Zu den Hilfsmitteln gehören z. B.

- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung,
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke (Prothesen),
- Krankenfahrräder,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung),
- Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen, Gehhilfen,
- 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 erübrig. Die Höhe der Erstattungen für Instandsetzung ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuan schaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

Erstattungsfähig ist auch die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge.

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) Krankfahrten 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 Krankfahrten und -transporte ist eine ärztliche Bescheinigung zu legen. 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 nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.

j) Schwangerschaft, Entbindung, Sterilisation und Empfängnisverhütung.

Hierzu gehören:

- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
- 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.
- 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 schwangerschaftsvermeidendenden und schwangerschaftsunterstützenden Maßnahmen. Für versicherte Personen bis zum vollen 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 Per-

- son vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) und
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie
- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu fünf Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu fünf Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger (z. B. Gesetzliche oder Private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ein erneuter Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach der erfolgreichen Geburt des dritten Kindes.

p) Kryokonservierung.

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss. Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

q) ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.

Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kur- und Sanatoriumsbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

r) ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB).

Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Uzusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt. Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

s) ambulante Soziotherapie.

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Soziotherapie entsprechend den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,

- und wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Voraussetzung ist:

- Eine Verordnung durch einen niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z. B. für Psychiatrie und Psychotherapie) oder
- eine Verordnung durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements oder
- eine Verordnung durch einen niedergelassenen und im Arztregistrier eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundennachweis,
- ferner die vorherige Vorlage eines Betreuungsplans und
- die schriftliche Leistungszusage des Versicherers.

Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Sofern der Leistungserbringer für Aufwendungen durch eine Fachkraft für Soziotherapie 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.

t) Familien- und Haushaltshilfen.

Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen werden unter nachfolgenden Voraussetzungen bis maximal 100 EUR pro Kalendertag erstattet:

- aa) Während eines medizinisch notwendigen Krankenaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person, wenn
 - es sich bei der versicherten Person um die haushaltführende Person handelt und
 - ein Kind im Haushalt lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder ein Kind im Haushalt lebt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist und
 - keine weitere im Haushalt lebende Person sich um dieses Kind kümmern sowie den Haushalt führen kann.
- bb) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen auch nach einem medizinisch notwendigen Krankenaufenthalt oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person bis zu 4 Wochen erstattungsfähig, wenn
 - diese den Haushalt nicht weiterführen kann und
 - die versicherte Person die haushaltführende Person ist und
 - keine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann.

Lebt ein Kind im Haushalt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder lebt ein Kind im Haushalt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist, werden die Aufwendungen für die Familien- und Haushaltshilfe nach Buchstabe bb) bis zu 26 Wochen im Kalenderjahr erstattet.

Hat der Versicherte gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Familien- und Haushaltshilfen, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Es wird dann nur für solche Kosten geleistet, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

§ 5 Abs. 1 g) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I gilt für Familien- und Haushaltshilfen entsprechend.

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. Nicht hierunter fallen Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden,

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhürende 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 Bedarfartikeln,
- 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 Ersatzbatteien 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. Zahnektomien, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien) außer im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gem. Ziffer I.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. lichthärtende 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

- prosthetische Leistungen (z. B. Kronen, Teleskopkronen einschließlich Verbündungen, 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 Zahnhälzen,
- 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).

- e) Belegarzt, freiberufliche Hebammen bzw. Entbindungspleger, Beleghebammen bzw. Belegentbindungspleger.
- f) Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
- g) teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115 e SGB V.
- h) 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.
- i) stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschriftmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke und
- Behandlungen in der Intensivstation.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

1.4.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß Ziffer I.1.4.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

- a) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein-/Zweibettzimmer gemäß Ziffer I.1.4.1. c) 50 EUR.
- b) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen gemäß Ziffer I.1.4.1. d) 50 EUR.
- c) Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

Der unter a) – c) genannte Betrag verringert sich für Kinder/Jugendliche bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, um die Hälfte.

1.4.3 Lebendorgan- und Stammzellspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die bei dem Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellspende entstehenden Aufwendungen, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung und/oder
- stationäre Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die

Renter-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

1.4.4 Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Gleches gilt für Aufwendungen für medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.

Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sich innerhalb von 28 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

1.4.5 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 55 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kurbehandlung, der Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme.

§ 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, bleiben hiervon unberührt.

1.4.6 Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands (Wunschverlegung). Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird und der Transport medizinisch vertretbar ist.

1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, höchstens bis zu den dort genannten Preisen.

Dies setzt voraus, dass

- der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet hat oder
- der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattungsfähig im Versicherungsfall sind 80 % der Kosten für andere als die in Abs. 1 genannten digitale Gesundheitsanwendungen bis zu maximal 1.600 EUR für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattet wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen zunächst für maximal 12 Monate. Danach muss sie jeweils erneut verordnet bzw. vorher schriftlich zugesagt werden. Der Versicherer darf die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen, anstatt deren Kosten zu erstatten.

Erstattet werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstatt-

tungsfähig sind Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

1.6 Entwöhnsbehandlungen bei Suchterkrankungen

Abweichend von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II letzter Spiegelstrich beträgt der Erstattungsprozentsatz für Aufwendungen bei den ersten beiden Entwöhnsbehandlungen bei Suchterkrankungen 100 %. Bei der dritten Entwöhnsbehandlung beträgt der Erstattungsprozentsatz 70 %. Die verbleibenden 30 % sind nach der Beendigung der Entwöhnsbehandlung erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Im Übrigen bleiben die Voraussetzungen von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II unberührt.

Aufwendungen für Maßnahmen zur Entgiftung werden zu 100 % erstattet.

1.7 Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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.

1.8 Kurtagegeld

- Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt.
- Das Kurtagegeld wird für höchstens 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

1.9 Leistung bei Krankheit des Kindes

Bei Krankheit eines ebenfalls im Tarif uni-Top!Privat mitversicherten Kindes einer versicherten Person, wird ein Tagegeld als Pauschale in Höhe von 100 EUR für maximal 15 Tage im Kalenderjahr gezahlt.

Voraussetzung für die Zahlung des Tagegelds ist,

- dass das Kind seinen 12. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist und
- dass die versicherte Person ihr erkranktes Kind betreuen muss und deshalb der beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann und
- dass die versicherte Person für diese Zeit weder Entgelt von ihrem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und
- dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt aus dem Vertragsteil des im Tarif uni-Top!Privat versicherten Kindes.

1.10 Krankenrücktransport aus dem Ausland

1.10.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransports einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

1.10.2 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder sich in Heilbehandlung befindende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankenrücktransporte nur insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

1.10.3 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.

1.10.4 Die Kosten für eine Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. reisekrankenversichert ist.

1.10.5 Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird.

1.10.6 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

1.11 Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 10.000 EUR für, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

II Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat Anspruch auf eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte Beitragsrückerstattung) in Höhe von 600 EUR je Kalenderjahr und versicherte Person. Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, verringert sich die garantierte Beitragsrückerstattung jeweils um die Hälfte.

Voraussetzung für den Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung ist:

- Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen aus einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers beansprucht; ausgenommen hiervon sind die Beitragsbefreiung nach Ziffer IV, Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII und Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.
- die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.
- Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar oder ist der Tarif uni-Top!Privat nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die garantierte Beitragsrückerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um den Anteil der nicht versicherten Tage des jeweiligen Kalendermonats. Ein Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung besteht dabei nur für Tage, in denen der Tarif nicht als Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder beitragsfrei geruht hat.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird spätestens im Oktober des Folgejahres ausgezahlt.

Werden nach Auszahlung der garantierten Beitragsrückerstattung Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese Ansprüche mit der garantierten Beitragsrückerstattung verrechnet; hiervon ausgenommen sind die Beitragsbefreiung nach Entbindung gemäß Ziffer IV, Leistungen für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII sowie Leistungen für Schutzimpfungen gemäß Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.

III Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen

Erstattungsfähige Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte. Für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen gilt: Erstattungsfähige Aufwendungen sind zu dem Zeitpunkt angefallen, zu dem die Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmittel oder digitale Gesundheitsanwendungen bezogen wurden. Andere erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die der erstattungsfähigen Aufwendung zugrunde liegende Maßnahme jeweils vorgenommen wurden.

1.1 Ärzte und Zahnärzte

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können. Es werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt III.1.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

1.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen erstattungsfähig.

1.4 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bis zu den dort genannten Höchstsätzen erstattungsfähig.

1.5 Kosten im Ausland

Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

2 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei wird die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer I.1.1. für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

IV Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes

- a) Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die Zeit des Elterngeldbezugs – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.
- b) Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) nur deshalb kein Elterngeld, weil ein Elterngeldanspruch wegen Überschreiten der Einkommensgrenzen nach § 1 Abs. 8 BEEG entfällt und reduziert diese Person ihre bisherige wöchentliche Arbeitszeit innerhalb der Grenzen von § 1 Abs. 1 Nr. 4. und Abs. 6 BEEG, ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die reduzierten Arbeitszeit – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.

Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Um die Beitragsbefreiung zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskosten-vollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld vorsieht.
- Zu Beginn der Beitragsbefreiung sind die Beiträge vollständig entrichtet und die versicherte Person ist zu Beginn der Beitragsbefreiung nicht im Notlagentarif versichert.
- Für die versicherte Person besteht für den Tarif uni-Top|Privat keine Anwartschaftsversicherung.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt a) – beginnt mit dem Ersten des Monats des Elterngeldbezugs. Eine Kopie des Elterngeldscheids wird spätestens drei Monate nach dessen Ausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt. Nachträgliche Änderungen zur Dauer des Elterngeldbezugs müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt b) – beginnt mit dem Ersten

des Monats der reduzierten Arbeitszeit. Das Vorliegen der Voraussetzungen – gemäß Punkt b) – sowie der Zeitraum der reduzierten Arbeitszeit sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Arbeitszeitreduzierung dem Versicherer gegenüber zu bestätigen. Nachträgliche Änderungen müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden. Der Versicherer ist berechtigt Nachweise zu verlangen.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen für insgesamt maximal sechs Monate je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

Für das im Tarif uni-Top|Privat im Rahmen der Kindernachversicherung nach § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, mitversicherte neugeborene Kind wird die Versicherung im Tarif uni-Top|Privat ab dem ersten des auf die Geburt folgenden Monats für sechs Monate beitragsfrei geführt. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Die Beitragsbefreiung nach Entbindung für das neugeborene Kind setzt voraus, dass für die versicherte Person (Elternteil) seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das die Beitragsbefreiung geltend gemacht wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in dem Tarif uni-Top|Privat besteht.

V Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn des sechsten Versicherungsjahrs des Tarifs uni-Top|Privat hat die versicherte Person das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige oder anderweitige Kostentarife des Versicherers ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-Top|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-Top|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.
- Die Umstellung wird spätestens bis zum Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt. Stichtag ist der Monatserste nach Ablauf des sechsten Versicherungsjahrs im Tarif uni-Top|Privat.
- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-Top|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

Das Umstellungsrecht aus § 1 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

VI Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1 Änderung von § 8 a (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-Top|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Ziffer VI.2. geregelt.

2 Änderung von § 13 (4.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Ziffer VI.1. das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

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 garantierende 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 garantierende 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 Muskelatrophie

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 Sichelzellarkrankheit

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	Triglyceride

3583.H1	Bestimmung der Harnsäure	GOÄ-Ziffer Ä1	Beratung, auch telefonisch
Früherkennung von Nierenerkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)			
GOÄ-Ziffern		c) Präventionskurse	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung	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.	
3511 oder	Harnstreichertest oder		
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)/Harnsäure		
250	Blutentnahme		
3585.H1	Kreatinin		
410	Ultraschalluntersuchung der ersten Niere	Die Erstattung erfolgt zu 100 % für bis zu zwei Präventionskurse und bis auf 200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.	
420	Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere		
Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)			
GOÄ-Ziffern		Voraussetzung der Erstattung ist, dass eine mindestens 80-prozentige Teilnahme nachgewiesen wird.	
28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge		
250	Blutentnahme		
3501	Blutsenkung	Für Kurseinheiten, die bereits vor Versicherungsbeginn stattgefunden haben, erfolgt keine Erstattung.	
3503 - 3506	Blutbild		
Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)³⁾			
GOÄ-Ziffern			
1	Beratung		
3735A oder	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl		
3736A	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung		
687			
261	Injection zur Sedierung einschließlich Sachkosten		
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		