

Krankheitskosten-Tarif MediGroup A für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Stand: 01.01.2009

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|--|--|
| <p>1.
Zuzahlungen/Praxisgebühr</p> | <p>100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (siehe Anhang, § 61 SGB V) für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Arznei- und Verbandmittel (vgl. Abschnitt B.1), – Heilmittel, – Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.2), <p>sofern diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hin- und Rückfahrten im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die nachweislich von der GKV genehmigt sind. – die Inanspruchnahme der an einer ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (Praxisgebühr), bis zu 40 EUR pro Kalenderjahr. |
| <p>2.
Sehhilfen</p> | <p>100 % der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 EUR pro Kalenderjahr.</p> |
| <p>3.
Heilpraktiker/Naturheilverfahren durch Ärzte</p> | <p>80 % der Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis (in der jeweils gültigen Fassung) bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.
Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet.</p> |

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Kosten, die die Festbeträge bei Arznei- und Verbandmitteln nach § 35 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediGroup A nicht erstattet.
2. Kosten für einzelne Hilfsmittel, die die Festbeträge nach § 36 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediGroup A nicht erstattet.
3. Stellt der Versicherte einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nicht, obwohl ein Anspruch hierauf besteht, werden Leistungen für Zuzahlungen/Praxisgebühr aus Tarif MediGroup A nicht erbracht.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
5. Eine Erstattung der Zuzahlungen erfolgt nach Vorlage des Zuzahlungsbelegs (Original) und der zugehörigen Verordnung (Kopie). Sonstige entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sein müssen.
6. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.
8. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsantrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
9. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Tarif MediGroup A im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus der GKV oder aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup A zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV oder dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres ununterbrochen bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen beantragt oder Rechnungsbelege zur Prüfung eingereicht worden sind.
- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:

- 3 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr,
- 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre,
- 5 Monatsbeiträge für drei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre.

Für das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nur gezahlt, sofern die Versicherung ein volles Kalenderjahr bestanden hat. Leistungsfreie Kalenderjahre, für die in einem anderen Tarif eine Beitragsrückerstattung beansprucht werden kann, werden bei einem Tarifwechsel in Tarif MediGroup A nicht angerechnet.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung*

§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit
1. denselben Wirkstoffen,
 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
 3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen, zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind.

Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen.

- (1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.

...

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Verwendungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 Belastungsgrenze

- (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt;
- für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.
- Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
 2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

* Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen.

Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen.

Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.