

## Tarif VE

### für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit halbiertes Selbstbeteiligung für Kinder und Personen ab 65 Jahren

#### Leistungen des Versicherers

#### 1 Ambulante Heilbehandlung

##### 1.1 Erstattet werden die Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe durch Ärzte,
- 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 mußte,
- Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger,
- 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,
- Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) zusammen bis zu 310 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren,
- kleinere Hilfsmittel: Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe,
- weitere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres. Hierzu gehören:
  - orthopädische Schuhe,
  - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
  - Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
  - Körperersatzstücke,
  - Krankenfahrstuhl,
  - elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperationen,
  - Blindenhund,
  - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
  - Gehapparat,

- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

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.

- Heilmittel.

Das sind insbesondere:

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.

- 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, unberührt.

##### 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 bis zur Höhe einer vergleichbaren ärztlichen Verrichtung erstattungsfähig.

##### 1.2.3 Leistungshöchstsatz bei ambulanter Psychotherapie

Die gesamten erstattungsfähigen Aufwendungen bei ambulanter Psychotherapie werden in den ersten fünf Kalenderjahren insgesamt auf einen Betrag von 2.600 EUR begrenzt.

Ab dem sechsten Kalenderjahr beträgt der Leistungshöchstsatz für jeweils drei Kalenderjahre zusammen 2.600 EUR. Hierbei werden die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Psychotherapie des Kalenderjahres, in dem die Behandlung stattfand und die erstattungsfähigen Kosten der beiden vorhergehenden Kalenderjahre zusammengerechnet.

- 1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für
- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten,
  - 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,
  - Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
  - Hin- und Rückfahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
  - Beseitigung von Schönheitsfehlern,
  - 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 für:
- 2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen  
Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.
- 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.
- 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. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.
- 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, beträgt der Erstattungsprozentsatz abweichend von Ziffer 6 c) 40 Prozent.
- 2.3.3 Die Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

### 3 Stationäre Heilbehandlung

#### 3.1 Kostenerstattung

##### 3.1.1 Erstattungsfähig sind

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,
- b) die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung,
- c) Arzthonorare,
- d) Krankentransportkosten zum und vom nächstreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

##### 3.1.2 Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die „1. Klasse“ oder die „2. Klasse“.

##### 3.1.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“.

#### 3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung gemäß 3.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß 3.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

a) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Kosten für die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer gemäß 3.1.1 b)	30 EUR
b) Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung (Arzthonorare) gemäß 3.1.1 c)	30 EUR

Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 60 EUR.

#### 3.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung gemäß 3.1

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 3.1 zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 120 EUR Krankenhaustagegeld.

#### 3.4 Die Krankenhaustagegelder werden auf die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 angerechnet.

### 4 Krankenrücktransport aus dem Ausland

#### 4.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransportes einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

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

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

##### 4.3 Die Kosten für die 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 für Krankenrücktransporte aus dem Ausland versichert ist.

##### 4.4 Die medizinische Notwendigkeit für den Krankenrücktransport besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Dies muß durch ein vor Beginn des Krankenrücktransportes ausgestellt ärztliches Attest nachgewiesen werden.

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

- 4.6 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.

## 5 Erstattungsfähigkeit bei Rechnungen von Heilbehandlern

- 5.1 Ärzte, Zahnärzte, Hebammen

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind bzw. analog berechnet werden können.

- 5.1.1 Bei einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus werden die Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst im tariflichen Rahmen bis zum 5-fachen Satz der in der GOÄ für die Operation vorgesehenen Gebühreposition erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der GOÄ getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Leistungen einschließlich Narkose.

- 5.1.2 Bei Leistungen nach Ziffer 2 (zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung) ist der erstattungsfähige Betrag im Rahmen der Leistungshöchstsätze gemäß Ziffer 2.2 auf den Höchstsatz (3,5-, 2,5- bzw. 1,3-facher Satz) der GOZ bzw. GOÄ begrenzt. Abweichend davon ist jedoch ein Honorar bis zum 5-fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ erstattungsfähig, wenn

- innerhalb von drei Jahren nach einer Implantatversorgung aus zwingenden medizinischen Gründen ein Implantat wieder entfernt werden muß und in diesem Zusammenhang die Nummer 300, 303, 901, 903 bzw. 908 des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet wird;
- ein extrem verlagertes oder retinierter Weisheitszahn durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen entfernt und deswegen die Nummer 2650 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ berechnet wird.

Voraussetzung ist außerdem, daß eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der GOZ bzw. GOÄ getroffen wurde. Der bis zu 5-fache Satz ist für die in a) und b) genannten Nummern erstattungsfähig, nicht jedoch für sonstige, in den Gebührenverzeichnissen enthaltene Zuschläge und Nummern, insbesondere für operationsvorbereitende und -begleitende Verrichtungen einschließlich Narkose.

- 5.2 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (2,3-, 1,8- bzw. 1,15-facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

## 6 Erstattungsprozentsatz

Die Versicherungsleistungen werden von den erstattungsfähigen Kosten unter Berücksichtigung eventueller Höchstsätze zu den folgenden Prozentsätzen abzüglich der Selbstbeteiligung erstattet:

	Erstattungsprozentsatz
a) Ambulante Heilbehandlung	100 %
b) Vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung, Zahn- und Kieferregulierung	100 %
c) Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	80 % <sup>1)</sup>
d) Stationäre Heilbehandlung	100 %
e) Krankenrücktransport aus dem Ausland	100 %

<sup>1)</sup> Ziffer 2.3.2 bleibt unberührt.

## 7 Selbstbeteiligung

Abweichend von § 4 (1.1) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird die jährliche Selbstbeteiligung von dem gemäß Ziffer 6 berechneten Betrag abgezogen. Sie beträgt für jedes Kalenderjahr

- in der Tarifstufe VE 1300H 1.300 EUR,
- in der Tarifstufe VE 2000H 2.000 EUR.

Die Selbstbeteiligung verringert sich jedoch um die Hälfte

- für Kinder bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 16. Lebensjahres liegt,
- ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

## 8 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

## 9 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstsätze 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.