

# Tarif MediMPlus Ergänzungsversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.04.2013)

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- 1. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

**70 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlung für die 21. bis 50. Sitzung pro Kalenderjahr zusätzlich zur Anzahl der Sitzungen der beim Versicherer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung (Grundversicherung, vgl. Abschnitt C.1), sofern die Leistungspflicht aus der Grundversicherung gegeben ist.

Der Versicherer leistet für ambulante psychotherapeutische Behandlung, soweit er vor Beginn der Behandlung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
- 2. Entziehungs- / Entwöhnungsmaßnahmen**

**80%** der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für eine zweite und dritte stationäre Entziehungsmaßnahme (vgl. § 5 Abs. 1.1), soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger oder sonstiger Leistungserbringer handelt.

**80%** der Aufwendungen für drei ambulante Entziehungsmaßnahmen, bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung (GOÄ), wenn die Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines sonstigen Kostenträgers, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen aus der Grundversicherung und Tarif MediMPlus leistungspflichtig, welche trotz des sonstigen Leistungserbringers notwendig bleiben.

Die Leistungen sind während der gesamten Vertragslaufzeit der beim Versicherer abgeschlossenen Grundversicherung auf maximal drei Entziehungsmaßnahmen (stationäre oder ambulante) begrenzt.

Für die stationäre oder die ambulante Entziehungsmaßnahme ist die vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich. In diesem Rahmen prüft der Versicherer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung für welche Dauer eine Zusage erteilt wird. Gleichzeitig kann die Zusage von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden und festgelegt werden, dass die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassenen Einrichtung erfolgt.

Bei Inanspruchnahme einer Entziehungsmaßnahme aus Tarif MediMPlus wird für privatärztliche Behandlungen oder gesondert berechenbare Unterkunft (Wahlleistungen) nicht geleistet. Ein Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Keine Leistungspflicht besteht aus Tarif MediMPlus für Entziehungsmaßnahmen aufgrund einer Nikotinabhängigkeit sowie substanzungebundene Suchterkrankungen.
- 3. Hilfsmittel (außer Sehhilfen)**

**100 %** der Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.1 und 2) in Standardausführung, die nicht in dem Verzeichnis der Hilfsmittelversorgung\* des Versicherers aufgeführt sind. Für den Bezug des Hilfsmittels nach Tarif MediMPlus gilt § 4 Abs. 3.4\*.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch medizinisch notwendiger Hilfsmittel, mit Ausnahme der Kosten für Unterhaltungs- und Betriebskosten.
- 4. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung/ Hospizversorgung**

Erstattet werden nach Vorleistung der beim Versicherer abgeschlossenen Grundversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung

**100 %** der verbleibenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (§ 37b SGB V, s. Anhang) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen (vgl. Abschnitt B. 3).

**100 %** der verbleibenden Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Unterbringung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird.

**100 %** der verbleibenden Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen während der gesamten Zeit einer stationären Aufnahme in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz.

Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

\*Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagements

## B. Begriffsbestimmung / Umfang der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht aus Tarif MediMPlus besteht für Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen, oder dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, für Unterhalts- und Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten und Batterien), Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen sowie Zahnbürsten.
2. Hilfsmittel, für die die Grundversicherung eine Leistung vorsieht, werden aus Tarif MediMPlus nicht erstattet, bzw. Tarif MediMPlus stellt keine Leistungen für eine höherwertige Ausführung des aus der Grundversicherung erbrachten Hilfsmittels zur Verfügung.
3. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und in Folge einer begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.
4. Die tariflichen Leistungen aus der Grundversicherung werden stets zuerst erbracht, soweit die Grundversicherung entsprechende Leistungen des Tarifs MediMPlus vorsieht.
5. In der Grundversicherung vereinbarte Selbstbehalte werden aus Tarif MediMPlus nicht erstattet.

## C. Versicherungsfähigkeit / Ende der Versicherung

1. Nach Tarif MediMPlus sind nur Personen versicherungsfähig, die eine Krankheitskostenvollversicherung nach Tarif MediVita oder MediStart (Grundversicherung) bei dem Versicherer abgeschlossen haben.  
Mit Beendigung der Grundversicherung beim Versicherer, endet gleichzeitig das Versicherungsverhältnis nach Tarif MediMPlus.

## D. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## Anhang:

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

#### § 37b

#### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.  
...
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
  1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
  2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
  3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.