

Tarifgruppe G (Grund-Versicherungsschutz)

Ambulante und stationäre Krankheitskosten, Zahnbehandlung, Zahnersatz

Für Versicherungsverhältnisse nach Tarifen der Tarifgruppe G gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AVB/KKV sowie das für die Tarifgruppe G gültige Hilfsmittelverzeichnis.

Erstattungsfähige Leistungen

A. Ambulante Heilbehandlung

A. I. Ärztliche Behandlungen

Aufwendungen für

- ambulante Heilbehandlung,
- ambulante Operationen,
- ärztliche Wegegebühren,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken

sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
- 1,8facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

A. II. Heilmittel

Als Heilmittel gelten ausschließlich die nachstehend aufgeführten Leistungen, begrenzt auf die nach dem/den jeweiligen Heilmittel(n) in Klammern aufgeführte Anzahl der Behandlungen pro Kalenderjahr:

- Inhalationen (18),
- Krankengymnastik (18),
- Massagen (12),
- Packungen, Hydrotherapie und medizinische Bäder, nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder (für alle drei Heilmittel zusammen 12),
- Kälte- und Wärmebehandlung (12),
- Elektrotherapie (18),
- Lichttherapie (12),
- Logopädie (18),
- Ergotherapie (18) und
- Podologie (6).

Diese Leistungen müssen von einem Arzt verordnet und von einem Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe erbracht werden. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu den als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen gemäß der jeweils gültigen Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 der Beihilfevorschriften des Bundes (Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel) zu **70 %** erstattungsfähig.

A. III. Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für

- Psychotherapie durch niedergelassene approbierte Ärzte,
- Verhaltenstherapie durch psychologische Psychotherapeuten,
- Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

sind für bis zu 25 Sitzungen pro Kalenderjahr und unter Anrechnung einer Zuzahlung von 10,- EUR je Sitzung bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig:

- bei Behandlungen durch Ärzte bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ,
- bei Behandlungen durch Psychotherapeuten bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

A. IV. Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind zu **70 %** erstattungsfähig. Soweit ein Selbstbehalt von **600,- EUR** pro Kalenderjahr erreicht ist, sind die Aufwendungen zu **100 %** erstattungsfähig.

A. V. Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die im Hilfsmittelverzeichnis für die Tarifgruppe G (Anlage) genannten Gegenstände. Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe der dortigen Festlegungen. Als Aufwendungen für Hilfsmittel gelten Anschaffungskosten, Miete, Reparaturkosten, nicht aber Betriebskosten.

Die Aufwendungen sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Rechnungsbetrag für das einzelne Hilfsmittel **1.000,- EUR** nicht überschreitet. Aufwendungen für die nach dem Hilfsmittelverzeichnis für die Tarifgruppe G (Anlage) betragsmäßig begrenzten Hilfsmittel sind bis zu dem dort jeweils genannten Betrag zu **100 %** erstattungsfähig.

Für selbst beschaffte, nicht betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen von über **1.000,- EUR** sind die Aufwendungen zu **80 %** erstattungsfähig.

Es kann vorab beim Versicherer beantragt werden, dass dieser das jeweilige Hilfsmittel entweder selbst oder über Dritte beschafft oder es leihweise unter Eigentumsvorbehalt zur Verfügung stellt. Macht der Versicherer hiervon keinen Gebrauch, so sind die Aufwendungen zu **100 %** erstattungsfähig.

Handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung, kann der Versicherer verlangen, dass seine Leistung nur im Austausch gegen das zu ersetzende Hilfsmittel zu erfolgen hat.

A. VI. Häusliche Behandlungspflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verband- oder Katheterwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zu einer Dauer von vier Wochen je Versicherungsfall in Höhe des Betrages, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, zu **100 %** erstattungsfähig, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Der Anspruch besteht nur, soweit nicht eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen kann und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

A. VII. Ambulante Rehabilitation

Die nach A.I. bis A.IV. erstattungsfähigen Aufwendungen werden auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme unter Anrechnung einer Zuzahlung von 10,- EUR je Behandlungstag erstattet, wenn eine ambulante Behandlung in der Praxis einer/s Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe nicht ausreicht, das medizinisch notwendige Behandlungsziel zu erreichen und der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

Der Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ist begrenzt auf höchstens 21 Behandlungstage. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein neuer Anspruch im vierten darauffolgenden Kalenderjahr.

A. VIII. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Ärzte

Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung sind bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ zu **100 %** erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

A. IX. Ambulante Fahrtkosten

1. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei

- Chemotherapien,
- Strahlentherapien,
- ambulanten Operationen,
- Unfällen

sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.

2. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei ambulanter Dialysebehandlung sind zu **100 %** erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

3. Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt. An Stelle der angefallenen Kosten für Fahrten sind auf Wunsch des Anspruchsberechtigten ersatzweise 0,30 EUR je Wegekilometer erstattungsfähig.

B. Familienplanung, Schwangerschaft und Entbindung

B. I. Schwangerschaft und Entbindung

Aufwendungen für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren,

- Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch einen Arzt oder eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege (ohne hauswirtschaftliche Versorgung),
- Krankenhauskosten (gemäß D.I.) bei stationärer Entbindung,
- Kosten für die Versorgung in einem Geburtshaus/Entbindungsheim

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

Gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme und eines Belegarztes sind zu **100 %** erstattungsfähig. Bei ärztlichen Leistungen gelten die Begrenzungen auf die in A.I. genannten Sätzen der GOÄ.

B. II. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Aufwendungen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen sind nicht erstattungsfähig.

B. III. Empfängnisverhütung

Aufwendungen für Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisverhütung sowie für empfängnisverhütende Mittel sind nicht erstattungsfähig.

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

C. I. Zahnärztliche Behandlung

Aufwendungen für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren,
- konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen),
- zahn- und kieferchirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Röntgenuntersuchungen

sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **90 %** erstattungsfähig:

Die Aufwendungen sind bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 1 GOZ genannten Abschnitten der GOÄ aufgeführt sind, sind die Aufwendungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A.I. genannten Sätzen der GOÄ erstattungsfähig.

Dentinadhäsive Füllungen gehören nur im Frontzahnbereich zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Aufwendungen für implantologische Maßnahmen und Einlagefüllungen (Inlays) sowie Vorbereitungen hierzu sind nicht erstattungsfähig.

C. II. Zahnersatz

Aufwendungen für

- prothetische Leistungen,
- Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
- Eingliederung von Aufbisshilfen,

einschließlich aller vorbereitenden Maßnahmen sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **60 %** erstattungsfähig:

Die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zum 2,0fachen Satz der GOZ erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen werden ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) erstattet. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu den für Bayern gemäß § 88 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zwischen den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreisen für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

Werden bei der Anfertigung des jeweiligen Zahnersatzes Edelmetalllegierungen verwendet, sind Materialkosten bis zu 25,- EUR pro Gramm der verwendeten Edelmetalllegierung erstattungsfähig.

Aufwendungen für implantologische Maßnahmen und Einlagefüllungen (Inlays) sowie Vorbereitungen hierzu sind nicht erstattungsfähig.

C. III. Kieferorthopädische Behandlung

Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **60 %** erstattungsfähig:

Die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zum 2,0fachen Satz der GOZ erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen werden ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) erstattet. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu den für Bayern gemäß § 88 Abs. 2 SGB V zwischen den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreisen für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

Leistungen können nur für versicherte Personen beansprucht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

C. IV. Summenbegrenzung

Soweit innerhalb der ersten drei Kalenderjahre Aufwendungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung nach II. und III. anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **3.000,- EUR**, ab dem 4. Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von **6.000,- EUR** pro Kalenderjahr berücksichtigt. Die Summenbegrenzungen von **3.000,- EUR** und **6.000,- EUR** gelten nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

D. Stationäre Heilbehandlung

D. I. Krankenhausbehandlung

1. Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bei Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse in zugelassenen Krankenhäusern (SGB V) sind zu **100 %** erstattungsfähig.

Zugelassene Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V sind Krankenhäuser, die

- nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
- in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
- einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

2. Gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme und eines Belegarztes sind zu **100 %** erstattungsfähig. Es gilt die Begrenzung auf die in A.I. genannten Sätze der GOÄ.

3. Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte

- a) bis zu 100 km zu einem Krankenhaus gemäß Ziffer 1 nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- b) bis zu 100 km bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus gemäß Ziffer 1, wenn diese zwingend aus medizinischen Gründen erforderlich ist,
- c) zum nächsten geeigneten Krankenhaus, wenn und soweit der Transport zur Abwendung eines akut lebensbedrohlichen Zustands erforderlich ist,

durch zugelassene Rettungsdienste sind zu **100 %** erstattungsfähig.

D. II. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen gemäß D.I.1. zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Versicherer hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.

D. III. Stationäre Hospizbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

E. Option

Innerhalb der ersten sechs Versicherungsjahre nach Neuabschluss einer Vollversicherung kann eine in einem Tarif dieser Tarifgruppe versicherte Person jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres in die Krankheitskostentarife 100 – 382, 400V, 450V – 482V, AS10, BHE, Z95 – Z98, BA1 – BA10, TP8 und AP8 sowie die Tarife der Tarifgruppe P wechseln, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt. Voraussetzung hierfür ist, dass mit einer Frist von drei Monaten zu dem Zeitpunkt des Wechsels vom Versicherungsnehmer ein entsprechender Antrag gestellt wurde und zum Zeitpunkt des Wechsels das Beitragskonto des Versicherungsnehmers ausgeglichen ist. Versicherte Personen mit einem Alter bis zu 20 Jahren können zudem die Option nur ausüben, wenn ein ebenfalls in einem Tarif dieser Tarifgruppe versicherter Elternteil die Option gleichzeitig ausübt.

F. Einreichung von Kostenbelegen

Werden für die jeweilige versicherte Person Ansprüche auf Versicherungsleistungen gestellt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um einen Eigenanteil von **50,- EUR** je Anspruchstellung gekürzt, bis hieraus ein Eigenanteil in Höhe von **600,- EUR** pro Kalenderjahr erreicht ist. Von der Kürzung ausgenommen sind Leistungen für stationäre Behandlungen. Jedes gesonderte Einreichen von Kostenbelegen, mit dem erstattungsfähige Aufwendungen geltend gemacht werden, gilt als Anspruchstellung. Das Nachreichen von Unterlagen, die vom Versicherer angefordert werden, gilt nicht als Anspruchstellung. Die Zuordnung der jeweiligen Anspruchstellung zu dem betreffenden Kalenderjahr erfolgt anhand des Eingangsdatums beim Versicherer.

Tariflicher Leistungsumfang

Die erstattungsfähigen Leistungen werden nach Abzug des Eigenanteils gemäß F. – soweit vereinbart – um Selbstbehalte gekürzt.

Innerhalb der Tarifgruppe G besteht derzeit nur der Tarif G3. Der tarifliche Leistungsumfang für den Tarif ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle:

Tarif	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Männer	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Frauen	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR bis Alter 20
G3	960,-	960,-	480,-

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten absoluten Selbstbehalt gekürzt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Die Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.

Hilfsmittelverzeichnis für Tarifgruppe G

Soweit für das jeweilige Hilfsmittel eine funktionale Standardausführung existiert, wird es nur in dieser Ausführung erstattet.

A. Lebenserhaltende Hilfsmittel und Geräte zur Überwachung von Körperfunktionen:

1. Beatmungsgeräte bei Ausfall der Lungenfunktion
2. Absauggeräte
3. Atemüberwachungsmonitore
4. Heimdialysegeräte
5. Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Insulinpumpen
6. Sauerstoffkonzentratoren, Sauerstoffgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung
7. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Pulsoximeter

B. Prothesen / Körperersatzstücke:

1. Prothesen (bis zu einem Rechnungsbetrag von **10.000,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
2. Epithesen
3. Kunststauge
4. Orthesen
5. Haarersatz bei entstellenden Unfall- und Operationsnarben, sowie Haarausfall als Bestrahlungsfolge (bis zu einem Rechnungsbetrag von **300,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)

C. Krankenfahrstühle:

1. Handbetriebene Krankenfahrstühle
2. Rollstühle

Aufwendungen für handbetriebene Krankenfahrstühle und Rollstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.200,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren erstattungsfähig.

D. Orthopädische Hilfsmittel:

1. Geh- und Stützapparate
2. Orthopädische Einlagen/Schuhausgleich/Absatzerhöhung/Fersenkissen
3. Orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate
4. Orthopädische Schuhe, (auch paarweise; abzüglich eines Eigenanteils von **150,- EUR**)
5. Orthopädische Sitz- und Liegeschalen
6. Orthopädische Schienen, Bewegungsschienen

E. Sonstige Hilfsmittel:

1. Leibbinden, Bandagen, Bruchbänder
2. Rollatoren
3. Blindenhund
4. Blindenstock
5. elektronischer Kehlkopf
6. Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe 2 Paar je Kalenderjahr
7. Hörgeräte/Hörsysteme (bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.200,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
8. Stoma-Versorgungsartikel
9. Tracheostoma-Versorgungsartikel
10. Wechseldruckmatratzen/-Systeme, Antidekubitusmatratze

Für die oben genannten Hilfsmittel - ausgenommen betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel sowie Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsmaterialien/Einweghilfsmittel - besteht pro Kalenderjahr nur für einen Anschaffungs- oder Reparaturfall ein Leistungsanspruch.