

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV-PLUS

Produktlinie privat Unisex

## 1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?

Sie erhalten nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

## 2. Was ist die GOÄ/GOZ?

Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist grundsätzlich nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

## 3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Verbandmittel?

Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten und zwar unabhängig davon, ob die Erstbehandlung durch den Hausarzt erfolgt ist oder Generika (= alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) verordnet wurden.

## 4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?

Der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder- und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer, werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

## 5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?

Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen (z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

## 6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?

Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 2.000 EUR.

## 7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?

Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und ab der 31. Sitzung durch uns schriftlich zugesagt wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

## 8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?

Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR.

---

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Alternativ erstattungsfähig sind nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung die Kosten einer brechkraftverändernden Augenlaserkorrektur (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR zusammen für beide Augen. Wird diese Operation durchgeführt, besteht im Operationsjahr und in den fünf darauffolgenden Jahren kein Anspruch mehr auf Kostenerstattung für eine Brille oder Kontaktlinsen.

### **9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?**

Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

### **10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?**

Erstattet werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

### **11. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?**

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

### **12. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?**

Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ erstattet.

### **13. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?**

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf 80 %. Wird auch in dem Jahr, in dem der Erstattungsprozentsatz 80 % beträgt, keine Kontrolluntersuchung nachgewiesen, sinkt die Erstattung zum 01.01. des Kalenderjahres auf 75 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres wieder auf 80 % bzw. 90 %, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

### **14. Werden auch Implantate erstattet?**

Auch Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.250 EUR anerkannt.

### **15. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?**

Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

### **16. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?**

Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

### **17. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?**

Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

### **18. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?**

Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Zusätzlich wird für die privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen im Ein- oder Zweibettzimmer geleistet (Wahlleistungen). Bei Verzicht auf die Wahlleistungen erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld.

Der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS bietet unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich Leistungen für eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in).

### 19. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Gesundheitsbonus?

Haben Sie für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen (leistungsfreies Kalenderjahr) - mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Zahnvorsorge gemäß dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und Schutzimpfungen unter Einreichung des Vorblattes für Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten zur Erlangung des Verhaltensbonus - in Anspruch genommen, erhalten Sie einen Gesundheitsbonus von 600 EUR. Für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge erhöht sich der Gesundheitsbonus auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. Für Personen unter 20 Jahre bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Gesundheitsbonus.

### 20. Welche Voraussetzungen muss ich für den Gesundheitsbonus erfüllen?

Neben der Leistungsfreiheit für das abgelaufene Kalenderjahr sind folgende Voraussetzungen für den Gesundheitsbonus zu erfüllen:

- der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS bestand während des abgelaufenen Kalenderjahres mindestens einen Monat und
- bestand ununterbrochen mindestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fort (Ausnahmen, wenn der Vertrag durch Ableben oder Versicherungspflicht endet) und
- bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr sind die Beiträge voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden.

### 21. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Verhaltensbonus?

Sofern die in Ziffer 22 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, erhalten Sie einen Bonus. Dieser beträgt im ersten Kalenderjahr 200 EUR, im zweiten Kalenderjahr, in dem Sie hintereinander die genannten Untersuchungen nachweisen, erhalten Sie 250 EUR und im dritten Jahr 300 EUR.

Für Personen unter 20 Jahren bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Verhaltensbonus.

### 22. Welche Voraussetzungen muss ich für den Verhaltensbonus erfüllen?

Der Verhaltensbonus wird gezahlt, wenn Sie im abgelaufenen Kalenderjahr die Werte zum BMI (Body-Mass-Index), Blutzucker, Blutdruck und Cholesterin in der Apotheke haben prüfen lassen und/oder haben zusätzlich bei einem Zahnarzt Ihrer Wahl die Zahnvorsorge durchführen lassen (der Nachweis von vier der genannten fünf Untersuchungen reicht aus). Für Kinder und Jugendliche erfolgt die Auszahlung, wenn in den ersten Lebensjahren die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen durchgeführt wurden (U1 bis U9) und darauffolgend altersgerecht die Vorsorgeuntersuchung J1 erfolgt und ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich der Nachweis eines normgerechten BMI's und der Zahnvorsorge erbracht wird.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zum BMI, Blutzucker, Blutdruck und Cholesterin müssen außerdem in den nachstehend aufgeführten Normbereichen liegen.

Der Body-Mass-Index (BMI) setzt Größe und Gewicht in ein Verhältnis zueinander: Das Körpergewicht in kg wird durch die Körpergröße in Meter<sup>2</sup> geteilt. Der Normbereich verschiebt sich mit zunehmendem Alter.

Ihre optimalen BMI-Werte können Sie aus der folgenden Tabelle entnehmen:

Alter	BMI-Normalwert
18 bis 24	19 bis 24
25 bis 34	20 bis 25
35 bis 44	21 bis 26
45 bis 54	22 bis 27
55 bis 64	23 bis 28
>64	24 bis 29

Auch bei Kindern und Jugendlichen kann mit Hilfe des BMI das Körpergewicht beurteilt werden. Da der BMI im Kindes- und Jugendalter entsprechend den physiologischen Änderungen der prozentualen Körperfettmasse von deutlichen alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst wird, muss bei der Beurteilung Alter und Geschlecht berücksichtigt werden.

Der Normalbereich liegt zwischen 10. und 90. Perzentile (AGA, 2001). Der Übergewichtsbereich liegt folglich ab einer Perzentile von über 90 vor. Detaillierte Fragen dazu richten Sie bitte an Ihre(n) Kinderarzt/-ärztin.

<b>BMI Jungen Normalwerte</b>					
Alter	P10	P25	P50(M)	P75	P90
5	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61
6	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86
7	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34
8	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01
9	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78
10	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60
11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43
12	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25
13	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01
14	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72
15	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36
16	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92
17	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44
18	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91

<b>BMI Mädchen Normalwerte</b>					
Alter	P10	P25	P50(M)	P75	P90
5	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69
6	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99
7	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51
8	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25
9	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04
10	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80
11	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61
12	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48
13	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33
14	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05
15	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59
16	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91
17	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11
18	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28

Quelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA, 2001)

Legende: P=Perzentile; M=Mittelwert

Blutdruckwerte im Normbereich bedeutet:

Der Blutdruck sollte in Ruhe gemessen einen Wert von 140/90 nicht über- und einen Wert von 100/60 nicht unterschreiten.

Cholesterinwert im Normbereich bedeutet:

Gesamtcholesterin unter 220 mg/dl, das sind 5,7 mmol/l.

Blutzuckerwerte im Normbereich bedeutet:

Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut) unterhalb 6,1 mmol/l (110 mg/dl).

Als Zahnvorsorge erkennen wir die eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen mit ggf. Zahnsteinentfernung an.

Die Durchführung bzw. Ergebnisse der Untersuchungen lassen Sie in Ihrem "Antrag auf Auszahlung des Verhaltensbonus" (siehe anhängendes Formular) eintragen und per Stempel des Apothekers (bzw. Zahn- oder Kinderarztes) bestätigen, legen die entsprechenden Rechnungen bei und reichen uns den Antrag ein.

### **23. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?**

Für den Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 0 besteht kein Selbstbehalt. Im Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 1 beträgt der absolute Selbstbehalt pro Kalenderjahr 480 EUR und 960 EUR im Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 2. Der Selbstbehalt wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen (für Personen unter 20 Jahren halbiert sich der Selbstbehalt).

Bei Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus entfällt der Selbstbehalt, sofern die im Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" genannten Voraussetzungen erfüllt werden.