





# Tarif CSS.flexi Baustein Gesundheit plus

**Ergänzungstarif für Vorsorgeuntersuchungen, Zuzahlungen, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören**  
Version 06.2007

Der Baustein Gesundheit plus ist integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.flexi und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des CSS.flexi-Tarifes bestehen.

CSS Versicherung AG, Landstraße 105, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

## Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschliessend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen 100% der Aufwendungen bis zu EUR 500 innerhalb von 24 zusammenhängenden Kalendermonaten.

### Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die erstattungsfähig sind

Versicherte Anwendungen
Früherkennungsuntersuchung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• U6a im 15.–18. Lebensmonat</li> <li>• U7a im 30.–40. Lebensmonat</li> <li>• U9a im 8. Lebensjahr</li> <li>• U9b im 10. Lebensjahr</li> <li>• J2 im 14.–18. Lebensjahr</li> </ul>
Großer Gesundheitscheck: Untersuchung mit:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Anamnese Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils</li> <li>• 2. Klinische Untersuchung Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), ggf. einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte</li> </ul>

Versicherte Anwendungen
Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung einschl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung einschl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschl. Dermatoskopie
HIV-Test
Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test)
Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie (Audio-Check)
Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung (Schiel-Vorsorge)
Früherkennung des Glaukoms (Grauer Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie (Glaukom-Vorsorge)

## Versicherte Anwendungen

Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
Osteoporose-Prävention <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Beratung</li> <li>• 2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)</li> </ul>
Sono-Check: Ultraschalluntersuchung der inneren Organe
Doppler-Sonographie der Hirngefäße: Kontrolle der Gehirnblutung ohne klinische Auffälligkeiten
Hirnleistungstest zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)

### Art. 2 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% der Zuzahlungen

- für eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) - § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch (SGB V);
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln - § 31 Abs. 3 SGB V;
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln - § 32 Abs. 2 SGB V;
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln - § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V;
- bei häuslicher Krankenpflege - § 37 Abs. 5 SGB V;
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie - § 37a Abs. 3 SGB V;
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe - § 38 Abs. 5 SGB V;
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung - § 39 Abs. 4 SGB V;
- bei medizinischen Vorsorgeleistungen - § 23 Abs. 6 SGB V;
- bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter - § 24 Abs. 3 SGB V;
- bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter - § 41 Abs. 3 SGB V;
- bei medizinischer Rehabilitation - § 40 Abs. 5 SGB V;
- bei Anschlussrehabilitation - § 40 Abs. 6 SGB V;
- bei Fahrkosten - § 60 Abs. 2 SGB V.

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen bis zur geltenden Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V.

### Art. 3 Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% des nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 für Brillen und Kontaktlinsen, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Erfolgt keine Leistung durch die GKV, werden 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 200 erstattet, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn max. EUR 50.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht einmal in aufeinanderfolgenden 24 Monaten. Bestand darüber hinaus für die vorangegangenen 36 Monate Versicherungsschutz nach diesem Tarif, ohne dass eine zur Erstattung eingereichte Sehhilfe bezogen wurde, so erhöht sich der erstattungsfähige Höchstbetrag von EUR 200 auf EUR 300.

### Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% der Mehrkosten für eine stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

### Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versiche-

rungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder- soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Versicherer übernimmt die nachfolgend genannten Mehrkosten für

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der genannten Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch

auf Leistungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

### **Art. 6 Option**

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif CSS.flexi Baustein Gesundheit plus versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV, die in Reaktion auf zukünftige Reformen in der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Jeder Versicherte hat einmalig innerhalb von 4 Wochen zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Tarife die garantierte Möglichkeit, ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die neuen Tarife abzuschließen.

### **Art. 7 Tarifbeitrag**

Die jeweils gültigen Tarife werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.flexi Baustein Gesundheit plus ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhangs.