

LKH Tarife A/S/Z für Ärzte

Für alle Tarife gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung (AVB/KKV A/S/Z).

A. Ambulante Krankheitskosten Tarife A101, A121

A. I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte) sowie deren in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (Anhang AVB/KKV A/S/Z) und Kinder.

Bei Wegfall der arztbezogenen Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis für die betreffende versicherte Person. Sie hat in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, die Überführung in andere Krankheitskostentarife zu verlangen, die für den Neuzugang geöffnet sind. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

Entfällt die arztbezogene Versicherungsfähigkeit einer als Ehegatte oder Lebenspartner/in eines Arztes/einer Ärztin versicherten Person aufgrund des Todes des Arztes/der Ärztin, so kann diese versicherte Person, wenn sie zu diesem Zeitpunkt das 67. Lebensjahr vollendet hat, die Weiterführung des Versicherungsverhältnisses verlangen.

Ein entsprechender Antrag auf Weiterführung bzw. Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden.

A. II. Erstattungsfähige Leistungen

Soweit kein anderer Prozentsatz angegeben ist, sind die Leistungen zu **100 %** erstattungsfähig.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind die unter A.II. genannten ambulanten Heilbehandlungen durch Ärzte auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.

A. II. 1. Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen und Wegegeld,
2. ambulante Operationen,
3. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
4. über 3. hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Check-Up) zu **80 %**,
5. Arznei- und Verbandmittel,
6. Schutzimpfungen und Impfstoffe nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) mit Ausnahme von beruflich bedingten Impfungen und Reiseschutzimpfungen,
7. refraktive Hornhautchirurgie (z. B. Lasik),
8. medizinisch anerkannte und in der Praxis bewährte Naturheilverfahren.

Erstattungen für die unter Nr. 3 und Nr. 6 genannten Leistungen werden nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet, wenn für die jeweilige gezielte Vorsorgeuntersuchung bzw. die Schutzimpfungen eine gesonderte Rechnung gestellt wird.

A. II. 2. Psychotherapie

Aufwendungen für Psychotherapie durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind erstattungsfähig.

A. II. 3. Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind abweichend von § 4 Abs. 2 Buchst. b) AVB/KKV A/S/Z nicht erstattungsfähig.

A. II. 4. Heilmittel

Als Heilmittel gelten ausschließlich: Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder (nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder), Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu 25 % über den Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) erstattungsfähig.

A. II. 5. Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000,- EUR** zu **100 %** erstattungsfähig.
2. Bei Rechnungsbeträgen von **über 1.000,- EUR** sind, **nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage** durch den Versicherer, **100 %** der Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel erstattungsfähig, wobei dem Versicherer das Recht obliegt, das jeweilige Hilfsmittel entweder selbst oder über Dritte zu beschaffen oder es leihweise unter Eigentumsvorbehalt zur Verfügung zu stellen. Macht der Versicherer hiervon keinen Gebrauch, gilt die vorherige Leistungszusage auch für durch den Versicherungsnehmer beschaffte Hilfsmittel. Wird keine vorherige Leistungszusage eingeholt, sind bei Rechnungsbeträgen von mehr als 1.000,- EUR die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zu **80 %** erstattungsfähig.

A. II. 6. Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen – dies sind ausschließlich Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen – sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **300,- EUR** pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

A. II. 7. 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 in Höhe des Betrages, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, erstattungsfähig.

A. II. 8. Ambulante Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind Fahrten oder Transporte vom und zum nächst erreichbaren Arzt bei Unfällen (am Unfalltag) sowie zur Versorgung von akut lebensbedrohlichen Zuständen mit einem Krankenwagen oder Rettungshubschrauber einer anerkannten Hilfsorganisation, einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug.

Bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder Verkehrsuntauglichkeit sind Fahrten vom und zum behandelnden Arzt oder Krankenhaus mit dem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug sowie medizinisch notwendige Transporte mit einem Krankenwagen einer anerkannten Hilfsorganisation erstattungsfähig. Ein Erstattungsanspruch besteht nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs ist ersatzweise jeder gefahrene Kilometer mit 0,30 EUR erstattungsfähig.

A. II. 9. Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft

Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Insemination, IVF, ICSI) sind zu **50 %** erstattungsfähig.

Bei Insemination sind nach hormoneller Stimulation maximal drei Versuche, im Spontanzzyklus maximal acht Versuche und bei IVF und ICSI insgesamt maximal drei Behandlungszyklen (Embryontransfers) erstattungsfähig. Für die Erstattungsfähigkeit eines Komplettyklus bei IVF und ICSI sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer maßgeblich.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- a) die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt,
- b) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
- c) ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden und
- d) eine nach medizinischen Kriterien deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht.

Kann ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden, besteht in diesem Umfang kein Leistungsanspruch.

A. II. 10. Sonstige Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften

Aufwendungen für Schwangerschaftsgymnastik, Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sind erstattungsfähig.

A. II. 11. Ambulante Kurbehandlungen

Im Rahmen einer ambulanten Kurbehandlung sind die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlungen und Wegegeld (A.II.1. Nr. 1), Arznei- und Verbandmittel (A.II.1. Nr. 5) und Heilmittel (A.II.4.) erstattungsfähig. Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu 25 % über den Höchstbeträgen nach der Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) erstattungsfähig.

Der Anspruch auf die Erstattung von ambulanten Kurbehandlungen entsteht erstmalig nach Ablauf von einer Versicherungsdauer von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, entsteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung im dritten darauf folgenden Kalenderjahr.

A. II. 12. Ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit

Aufwendungen für ambulante Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit in Einrichtungen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinabhängigkeit. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch stationäre Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden kann, besteht kein Leistungsanspruch.

A. II. 13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind 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. II. 14. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig zu **80 %** sind Aufwendungen für

1. gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach den Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 4050, 4055 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
2. konservierende Leistungen (ausgenommen Kronen, Teilkronen und Inlays),
3. zahn- und kieferchirurgische Leistungen (auch Knochenaufbau zur Implantatversorgung),
4. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
5. Röntgenuntersuchungen,
6. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr.

Erstattungen für die unter Nr. 1 genannten Leistungen werden nicht auf einen etwaigen vereinbarten Selbstbehalt angerechnet, wenn hierfür eine gesonderte Rechnung gestellt wird.

A. III. Selbstbehalte

Prozentuale Selbstbehalte

Tarif	Selbstbehalt pro Kalenderjahr in %	max. Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR
A101	ohne	ohne
A121	20	1.200

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten prozentualen Selbstbehalt gekürzt, bis der jeweilige maximale Selbstbehalt erreicht ist.

B. Stationäre Krankheitskosten mit Wahlleistungen

Tarif S201

B. I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte) sowie deren in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (Anhang AVB/KKV A/S/Z) und Kinder.

Bei Wegfall der arztbezogenen Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis für die betreffende versicherte Person. Sie hat in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, die Überführung in andere Krankheitskostentarife zu verlangen, die für den Neuzugang geöffnet sind. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

Entfällt die arztbezogene Versicherungsfähigkeit einer als Ehegatte oder Lebenspartner/in eines Arztes/einer Ärztin versicherten Person aufgrund des Todes des Arztes/der Ärztin, so kann diese versicherte Person, wenn sie zu diesem Zeitpunkt das 67. Lebensjahr vollendet hat, die Weiterführung des Versicherungsverhältnisses verlangen.

Ein entsprechender Antrag auf Weiterführung bzw. Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden.

B. II. Erstattungsfähige Leistungen

Soweit kein anderer Prozentsatz angegeben ist, sind die Leistungen zu **100 %** erstattungsfähig.

B. II. 1. Krankenhausbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
2. gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
3. gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung,
4. Kosten des Belegarztes und der Beleghebamme,
5. Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind die unter Nr. 3 und Nr. 4 genannten Leistungen auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.

B. II. 2. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für

1. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
2. gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
3. gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen als Wahlleistung

erstattungsfähig, wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Die Voraussetzungen des § 4 Abs. 5 AVB/KKV A/S/Z bleiben unberührt.

B. II. 3. Kuren und Sanatoriumsbehandlung

Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind die Aufwendungen bis zu **50,- EUR** täglich erstattungsfähig.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmalig nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr nach dem letzten Kuraufenthalt.

B. II. 4. Stationäre Suchtentwöhnung

Bei stationärer Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind die unter B.II.1. Nr. 1 genannten Aufwendungen nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinsucht. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden kann, besteht kein Leistungsanspruch.

B. II. 5. Stationäre Hospizbehandlung

Aufwendungen für eine stationäre Behandlung im Hospiz sind erstattungsfähig in Höhe des Betrages, der für die Behandlung einer versicherten Person von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung werden angerechnet.

B. II. 6. Ersatzkrankenhaustagegeld

Werden keine gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person bis Alter 20 Jahre für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **50,- EUR** und ab Alter 21 Jahre für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **100,- EUR**.

Wird keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen, so erhält die versicherte Person für jeden Belegungstag ein Krankenhaustagegeld von **35,- EUR**.

Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird für höchstens 28 Tage je versicherte Person und Kalenderjahr gezahlt.

B. II. 7. Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland

Erstattungsfähig sind im Rahmen des § 1 Abs. 4 Satz 3 AVB/KKV A/S/Z auch Aufwendungen – abzüglich eines Eigenanteils von **500,- EUR** – für einen medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland, die entstehen

- wenn auf Grund der Erkrankung eine ausreichende medizinische Versorgung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend in Deutschland stationär weiterbehandelt wird oder
- wenn die versicherte Person stationär im Ausland in einem Krankenhaus aufgenommen wurde und nach Prognose des dort behandelnden Arztes die stationäre Heilbehandlung noch mindestens 14 Tage nach dem Tag des Rücktransports medizinisch notwendig ist, die versicherte Person auch in Deutschland stationär weiterbehandelt wird und die voraussichtlichen Kosten der weiteren stationären Krankenhausbehandlung im Ausland nach dem Rücktransporttermin die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

C. Stationäre Krankheitskosten ohne Wahlleistungen Tarif S300

C. I. Erstattungsfähige Leistungen

Soweit kein anderer Prozentsatz angegeben ist, sind die Leistungen zu **100 %** erstattungsfähig.

C. I. 1. Krankenhausbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung,
2. Kosten des Belegarztes und der Beleghebamme in der allgemeinen Pflegeklasse,
3. Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen für Krankenhäuser (insbesondere KHEntgG, BpflV) unterliegen, wird die Obergrenze für die erstattungsfähigen Aufwendungen durch die Entgelte bestimmt, die bei Behandlung in dem zum behandelnden Krankenhaus nächstgelegenen geeigneten und den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus für Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.

C. I. 2. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen für medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung als allgemeine Krankenhausleistung erstattungsfähig, wenn kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Die Voraussetzungen des § 4 Abs. 5 AVB/KKV A/S/Z bleiben unberührt.

C. I. 3. Kuren und Sanatoriumsbehandlung

Bei stationären Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sind die Aufwendungen bis zu **50,- EUR** täglich erstattungsfähig.

Der Anspruch hierauf entsteht erstmalig nach Ablauf von 24 Monaten. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr nach dem letzten Kuraufenthalt.

C. I. 4. Stationäre Suchtentwöhnung

Bei stationärer Suchtentwöhnung bei Substanzabhängigkeit sind die unter C.I.1. Nr. 1 genannten Aufwendungen nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ausgeschlossen sind Behandlungen zur Entwöhnung von Nikotinsucht. Der Versicherer kann seine Zusage auf eine bestimmte Einrichtung und Behandlungsdauer beschränken.

Der Anspruch besteht für insgesamt drei Suchtentwöhnungsbehandlungen während der gesamten Versicherungsdauer bei dem Versicherer. Hierbei werden auch ambulante Suchtentwöhnungsbehandlungen mitgezählt.

Soweit ein Anspruch auf Kostenerstattung/Kostenübernahme gegen einen anderen Kostenträger geltend gemacht werden kann, besteht kein Leistungsanspruch.

C. I. 5. Stationäre Hospizbehandlung

Aufwendungen für eine stationäre Behandlung im Hospiz sind erstattungsfähig in Höhe des Betrages, der für die Behandlung einer versicherten Person von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung werden angerechnet.

C. I. 6. Ersatzkrankenhaustagegeld

Anstelle der Leistungen aus C.I.1. und C.I.2. kann auch für jeden Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld von **70,- EUR** verlangt werden. Diese Regelung gilt nicht für Personen im Alter von 0–15 Jahren.

D. Zahnzusatz

Tarife Z60 – Z90

D. I. Erstattungsfähige Leistungen

Es gilt der für den jeweils abgeschlossenen Tarif unten in der Tabelle angegebene Erstattungsprozentsatz.

D. I. 1. Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nach den Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 4050, 4055 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
2. konservierende Leistungen (ausgenommen Kronen, Teilkronen und Inlays),
3. zahn- und kieferchirurgische Leistungen (auch Knochenaufbau zur Implantatversorgung),
4. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
5. Röntgenuntersuchungen,
6. professionelle Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr.

D. I. 2. Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
 2. Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
 3. Einlagefüllungen (Inlays),
 4. Eingliederung von Aufbisshilfen,
 5. implantologische Leistungen,
 6. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
 7. kieferorthopädische Behandlungen
- einschließlich aller vorbereitenden Maßnahmen.

D. I. 3. Summenbegrenzung

Innerhalb der ersten drei Kalenderjahre seit Abschluss des Tarifs werden Aufwendungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **3.000,- EUR**, ab dem vierten Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von **20.000,- EUR** je Kalenderjahr berücksichtigt. Diese Summenbegrenzungen gelten nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

D. II. Leistungstabelle für die Tarife

Tarif		Z60	Z61	Z80	Z81	Z90
Die Erstattung für D.I.1. beträgt	%	20	10	20	10	20
Die Erstattung für D.I.2. beträgt	%	60	60	80	80	90

E. Beiträge

Die Beiträge für alle Tarife ergeben sich aus der Beitragsübersicht.