

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Gültig ab 1. Januar 2021

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1–20

Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (2) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Als Versicherungsfall gilt auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

zu § 1 (4) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten sechs Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Sofern die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, die innerhalb der sechs Monatsfrist geplante Rückreise nicht antreten kann, besteht auch über sechs Monate hinaus solange Versicherungsschutz, bis die Rückreise möglich ist.

Zuschlag
unbekannt

zu § 1 (5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums

Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Auslandszuschlags die Erstattung höherer Kosten als im Inland mitversichern, sofern diese Kosten den im jeweiligen Land geltenden Rechtsvorschriften entsprechen und ortsüblich sind, Voraussetzung ist, dass dies innerhalb der ersten sechs Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt wird. Der Auslandszuschlag ist dann ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Auftrag
bis
20.05.14
dann
keine
3-Mon.

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war. Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit



einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

zu § 4 Anrechnung der Aufwendungen

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

zu § 4 (2) und (3) Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker sowie deren Verordnungen sind nur erstattungsfähig, sofern dies der Tarif vorsieht.

zu § 4 (4) Stationäre Heilbehandlung

Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) –
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) a) gilt nicht bei unvorhersehbarem Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland.

Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

zu § 5 (1) e) Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung, die nicht Kurbehandlung ist, in einem Heilbad oder Kurort.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

zu § 6 (1) Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

zu § 6 (4) Währung und Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

zu § 6 (5) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- (7) Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
- (8) Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (9) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet gemäß Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

- Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder (Eintrittsalter 0 – 15) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 – 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

zu § 8 (4) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) und (6) Mahnkosten

Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8b (1) und (2) Beitragsanpassung

§ 8b (2) findet keine Anwendung. Stattdessen gilt:

Der Versicherer ist zu einer Prämienanpassung nach § 8b (1) nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt.

Ergibt die in § 8b (1) genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

zu § 8b (1) Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehenen Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

zu § 9 (1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 (5) bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt hat.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs.1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

zu § 15 (3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

In der substitutiven Krankenversicherung gilt:

Der Versicherungsnehmer kann den Abschluss einer anderweitigen Vereinbarung im Sinne von § 15 (3) verlangen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb der ersten sechs Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann neben einem Beitragszuschlag auch Leistungsausschlüsse vorsehen und beginnt ab dem 7. Monat des Aufenthalts in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis.

Wird eine anderweitige Vereinbarung geschlossen, so gilt:

(1) Die anderweitigen Vereinbarungen entfallen bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

(2) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an Dritte von Gesetzes wegen an, so ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet. Richtet sich der Anspruch gegen den Versicherer, wird dieser die Versicherungssteuer oder die andere Abgabe vom Versicherungsnehmer zurückverlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

zu § 18 (1) Anpassung von Versicherungsleistungen

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 18 (1) MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z. B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Hilfsmitteln) oder dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnisse an die Preisentwicklung mit Zustimmung des unabhängigen juristischen Treuhänders anzupassen. Dies gilt auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahrs.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Teil III Allgemeiner Teil: Krankheitskostenvollversicherung

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

I. Versicherungsleistungen und -regelungen

1. Serviceleistungen

Neben der Erstattung von Aufwendungen für Krankheitskosten werden vom Versicherer Serviceleistungen angeboten. Versicherungsschutz besteht für die Beratung/Vermittlung der nachstehenden Serviceleistungen, nicht jedoch für weitere Kosten, die durch die Inanspruchnahme von vermittelten Leistungen entstehen, es sei denn, diese gehören zum Leistungsinhalt dieses Tarifs.

Ständig erreichbare Servicestelle für nachstehende Auskünfte

- Informationen und Beratung zu aktuellen Gesundheitsthemen, Krankheiten und sonstigen Leiden, Diagnostik, Therapie und Impfungen,
- Allgemeine Beratung zu Arzneimittelanwendung und Arzneimitteltherapie,
- Informationen zu Präventionen und Rehabilitationen,
- Benennung von Ärzten, Zahnärzten, Zahnlaboren, Krankenhäusern, Notdiensten und Kureinrichtungen,
- Benennung von Apotheken, Psychotherapeuten, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Selbsthilfegruppen,
- Wohnraumberatung, Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds bei Patienten mit schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen,
- Beratung zu Ernährungsfragen,
- Beratung zu reisemedizinischen Fragen (Reiseapotheke und Reiseimpfung),
- Erklärung medizinischer Fachbegriffe,
- Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen.

Unterstützung und Betreuung von Versicherten

- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Beschaffung von Befunden und Untersuchungsergebnissen, bedarfsorientierte Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und behandelndem Arzt,
- Hilfe bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bezüglich einer medizinischen Diagnose oder eines Therapievorschlags,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren im Notfall,
- Benennung von Fachpflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen oder sonstigen Leistungserbringern,
- Vermittlung eines Rehabilitationsdienstleisters zur Unterstützung und Förderung der vollständigen Genesung nach schweren Erkrankungen oder Unfällen.

Unterstützung und Betreuung bei Auslandsreisen

- Benennung von Ärzten, Dolmetschern und Krankenhäusern im Ausland,
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und Benachrichtigung von Angehörigen,
- Organisation von Transporten bzw. einer Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus,
- Organisation von Krankenrücktransporten an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. einer Überführung.

2. Nachversicherungsoptionen

Im Rahmen der Nachversicherungsoptionen hat der Versicherungsnehmer bei verschiedenen Ereignissen das Recht, den vereinbarten Versicherungsschutz für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Modulwechseloption

Sofern das ~~50~~ Lebensjahr bei Eintritt des jeweiligen Anlasses noch nicht vollendet wurde kann bei Vorliegen eines der folgenden Ereignisse der vereinbarte Versicherungsschutz durch Wechsel in Leistungsmodul mit höherer Leistung ohne Risikoprüfung angepasst werden:

- a. Wechsel der versicherten Person von einer selbstständigen Tätigkeit zu einem Angestelltenverhältnis
- b. zum Ende des dritten oder fünften Versicherungsjahrs.

Das Optionsrecht nach b. gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 2 (2) AVB Teil I (Kindernachversicherung) versichert wurden.

Das Optionsrecht besteht ebenfalls für mitversicherte Kinder und Jugendliche, sofern ein Elternteil bereits in dem Tarif, in den umgestellt werden soll, versichert ist oder die Umstellung gleichzeitig für ihn beantragt wird.

Der Antrag auf Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des auslösenden Ereignisses beim Versicherer gestellt werden und wird zum nächsten Monatsersten wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Besonderes Umstellungsrecht

Unter der Voraussetzung, dass bei einer/einem für die versicherte Person eintretenden

- a. Elternzeit,
- b. gesetzlicher Pflegezeit,
- c. Arbeitslosigkeit,
- d. Sabbatical (vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit),
- e. Reduzierung der beruflichen Tätigkeit von Voll- auf Teilzeit (nur Angestellte) oder
- f. Wechsel von einem Angestelltenverhältnis zu einer selbstständigen Tätigkeit

der Versicherungsschutz reduziert wurde, besteht das Recht den ursprünglichen Versicherungsschutz, ohne erneute Gesundheitsprüfung, wiederherzustellen.

Dieses Recht gilt

- bei den Punkten a.–e. zum Ende des jeweiligen Ereignisses/Zeitraums, längstens aber ein Jahr nach Reduzierung des Versicherungsschutzes,
- bei Punkt f. zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit.

Der Antrag auf Wiederherstellung des Versicherungsschutzes muss innerhalb von drei Monaten nach Ende des jeweiligen Zeitraums, bei den Punkten a.–e. aber spätestens drei Monate nach Ablauf der Jahresfrist, beim Versicherer gestellt werden und wird zum nächsten Monatsersten wirksam. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Der vom Wiederherstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Wiederherstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Wiederherstellung bestehen.

3. Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld

Während der ersten 6 Monate des Bezugs von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug des Elterngelds ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Versicherungsschutzes die Schwangerschaft bereits bekannt war oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

4. Besondere Obliegenheit

Besteht für die versicherte Person neben den Modulen der Vollversicherung der Württembergischen Krankenversicherung AG eine Krankheitskostenteilversicherung bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen, die den Ersatz von Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen oder eine gesondert berechenbare Unterkunft vorsieht, ist der Versicherer berechtigt im ambulanten Modul einen Beitragszuschlag von 20% zu verlangen.

Besteht für die versicherte Person neben den Modulen der Vollversicherung der Württembergischen Krankenversicherung AG eine Krankheitskostenteilversicherung bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen, die zahnärztliche Leistungen vorsieht, ist der Versicherer berechtigt den Erstattungsbetrag im Zahn Modul in Höhe der Leistungen der Krankheitskostenteilversicherung zu reduzieren.

5. Versicherungsleistungen bei temporärem Aufenthalt im Ausland

Bei einem temporären Aufenthalt im Ausland gilt: Aufwendungen für im Ausland erfolgte Heilbehandlungen sind im tariflichen Umfang erstattungsfähig, sofern sie den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung entsprechen und ortsüblich sind. Der Auslandsaufenthalt gilt als temporär, wenn er insgesamt nicht länger als 6 Monate dauert.

Bei einer gezielten Heilbehandlung (medizinischen Behandlung oder Entbindung) erstattet der Versicherer die Kosten bis zu dem Betrag, der bei dieser Behandlung oder Entbindung in Deutschland erstattet worden wäre.

Eine gezielte Heilbehandlung liegt vor, wenn die Heilbehandlung oder die Entbindung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe für den dortigen Aufenthalt ist.

Die Kosten einer gezielten Heilbehandlung werden in ortsüblicher Höhe erstattet, sofern der Versicherer vor dem Beginn des Auslandsaufenthalts eine Zusage in Textform erteilt hat.

Der Versicherer wird die Zusage erteilen, wenn eine Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden kann.

Dauert ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate, gelten die Regelungen der AVB Teil I § 1 (5) und § 15 (3) sowie AVB Teil II zu § 1 (5) und zu § 15 (3) MB/KK 2009.

6. Subsidiaritätsklausel

Kann der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall eine Kostenerstattung oder eine anderweitige Entschädigung von einem Dritten (beispielsweise ein anderer privater Versicherer oder ein gesetzlicher Leistungsträger) beanspruchen, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinbarungen dieser Krankheitskostenvollversicherung vor. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Wird der Versicherungsfall zuerst bei der Württembergischen Krankenversicherung AG gemeldet, tritt diese in Vorleistung.

II. Sondervereinbarung für die Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

1. Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

Diese Sondervereinbarung gilt ausschließlich während der Berufsausbildung. Für diese Zeit ist ein besonderer Beitrag vereinbart, der abweichend von AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 nicht unter Berücksichtigung einer Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Wagnis (Alterungsrückstellung) berechnet ist.

2. Tarifbezeichnung

Für den Zeitraum der Geltung dieser Sondervereinbarung wird die Tarifbezeichnung jedes Moduls durch ein „S“ ergänzt.

3. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig zum besonderen Beitrag sind versicherbare Personen ab Vollendung des 21. bis zur Vollendung des 34. Lebensjahrs, die

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden und neben der Ausbildungsvergütung keine weiteren regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit erzielen,
- ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule absolvieren und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben bzw. kein Einkommen aus selbständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet,
- eine berufspraktische Tätigkeit, die in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, verrichten.

4. Ende der Sondervereinbarung und Umstellung des Versicherungsverhältnisses

Die Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag entfällt, wenn die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet hat oder ihre Berufsausbildung, ihr Studium oder die berufspraktische Tätigkeit abgeschlossen, abgebrochen oder für länger als 6 Monate unterbrochen hat. Von dem auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monat an wird das Versicherungsverhältnis ohne Sondervereinbarung fortgeführt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Alters neu festgesetzt.

Umstände, die zum Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag führen, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Premium (A1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A1 wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100 %

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektilen Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonzeptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschnallen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 400 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z. B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 2.000 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

In den ersten drei Versicherungsjahren ist die maximale Erstattungshöhe überdies auf 500 Euro je Auge begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurichtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80%.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80%.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 100%

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Behilfe bezug!

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung
- Präventionskurse und Maßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sind, bis zu einem Betrag von 150 Euro pro Versicherungsjahr. Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn nachweislich an mindestens 80% der Einheiten teilgenommen wurde. Die Kosten müssen in einer separaten Rechnung eingereicht werden. Nicht erstattungsfähig sind Mitgliedsbeiträge, beispielsweise für Fitnessstudios.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 60 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

Keine SB!

bis 1000 € ohne Anrech.

SB + BRG

2 x befristet

Wiederholter bezug reduziert

pro Fall, nicht pro Jahr!

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100%

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z. B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

max 120h pro 3 Jahre

Fall, nicht Jahr

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

Rehabilitationssport

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 8 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

max. 640 €

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

80 %

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

max. 2000 € p. a.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 2.000 Euro begrenzt.

1.22 Pauschaleleistung bei Erkrankung des Kindes

Erkrankt ein Kind der versicherten Person, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird eine Pauschale von 200 Euro geleistet, wenn

Kind auch Voll- u. u. de

- auch für das erkrankte Kind eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Betreuung des erkrankten Kindes mindestens 5 Arbeitstage in Folge der Arbeit fernbleibt sowie
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

mind. 5 Tage Krank mit Pauschal 200 € mit 200 pro Jahr ohne BRG + SD

Bei Arbeitnehmern ist der Versicherer berechtigt, einen Nachweis des Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung zu verlangen.

Die Pauschale wird pro Versicherungsjahr insgesamt maximal zwei Mal gezahlt, unabhängig von der Anzahl der Kinder der versicherten Person und unabhängig davon, welches Kind erkrankt ist. Ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) wird nicht in Abzug gebracht.

Die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird nicht beeinflusst.

1.23 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kindervunschbehandlung) – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,

- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 2.500 Euro begrenzt.

!
max. 2500 €
in den ersten
3 Jahren!

1.24 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.23 (mit den unter Ziffern 1.7, 1.8 und 1.22 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarfstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

- 0 Euro für Tarfstufe A1_0,
- 480 Euro für Tarfstufe A1_480,
- 960 Euro für Tarfstufe A1_960,
- 1.440 Euro für Tarfstufe A1_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarfstufe die Hälfte des Selbstbezalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbezalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbezalts nicht.



Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Premium Hausarzt (A1H)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A1H wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%/70%

a) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

b) Haus-/Primärarztprinzip:

Als Primärärzte gelten

- Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte (Hausärzte),
- Internisten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinderheilkunde (Kinderärzte),
- Not- und Bereitschaftsärzte und
- Ärzte (auch Fachärzte), die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen Primärarzt, sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte, so sind die Aufwendungen zu 100% erstattungsfähig, wenn die versicherte Person durch einen Primärarzt zur Weiterbehandlung überwiesen wurde.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte ohne dass eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen Primärarzt stattgefunden hat, so sind die Aufwendungen zu 70% erstattungsfähig.

c) Das Haus-/Primärarztprinzip nach Ziffer 1.2 b gilt nicht bei Behandlungen im Ausland außer bei einem Auslandsaufenthalt zu einer geplanten medizinischen Behandlung oder Entbindung (gezielte Heilbehandlung).

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100%/70%

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonzeptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Bis zu einem Rechnungsbetrag für Arznei- und Verbandmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 70%, für alle darüber hinaus gehenden Kosten beträgt er 100%. Abweichend von dieser Regelung beträgt der Erstattungssatz 100%, sofern es sich bei dem Arzneimittel um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und es in Deutschland erworben wurde.

70% bis 2500,-
dann 100%
sogar 100% wenn Generika

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100 %

Für ärztliche Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 400 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z. B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 2.000 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

In den ersten drei Versicherungsjahren ist die maximale Erstattungshöhe überdies auf 500 Euro je Auge begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurechtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,

- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise

auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)

- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung
- Präventionskurse und Maßnahmen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sind, bis zu einem Betrag von 150 Euro pro Versicherungsjahr. Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn nachweislich an mindestens 80 % der Einheiten teilgenommen wurde. Die Kosten müssen in einer separaten Rechnung eingereicht werden. Nicht erstattungsfähig sind Mitgliedsbeiträge, beispielsweise für Fitnessstudios.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 60 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100 %

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z.B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitati-

onseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 8 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 2.000 Euro begrenzt.

1.22 Pauschalleistung bei Erkrankung des Kinds

Erkrankt ein Kind der versicherten Person, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird eine Pauschale von 200 Euro geleistet, wenn

- auch für das erkrankte Kind eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht,
- es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Betreuung des erkrankten Kinds mindestens 5 Arbeitstage in Folge der Arbeit fernbleibt sowie
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann.

Bei Arbeitnehmern ist der Versicherer berechtigt, einen Nachweis des Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung zu verlangen.

Die Pauschale wird pro Versicherungsjahr insgesamt maximal zwei Mal gezahlt, unabhängig von der Anzahl der Kinder der versicherten Person und unabhängig davon, welches Kind erkrankt ist. Ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.24) wird nicht in Abzug gebracht.

Die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird nicht beeinflusst.

1.23 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 80%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 2.500 Euro begrenzt.

1.24 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.23 (mit den unter Ziffern 1.7, 1.8 und 1.22 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarifstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

- 0 Euro für Tarifstufe A1H_0,
- 480 Euro für Tarifstufe A1H_480,
- 960 Euro für Tarifstufe A1H_960,
- 1.440 Euro für Tarifstufe A1H_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarifstufe die Hälfte des Selbstbezalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbezalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbezalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Komfort (A2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A2 wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektile Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badeszusätze

- Kosmetika
- Antikonceptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z. B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 500 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurechtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen, sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80%.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80%.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 80%/100%

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Heilmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 80%, für alle darüberhinausgehenden Kosten beträgt der Erstattungssatz 100%.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stations-

ersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft
- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z. B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 80%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Für bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall gilt ein erhöhter Erstattungssatz von 100%.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandlungen gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

1-5 100%
5-30 80%
dan
Zweck

80%
bis
2500
dan
100%

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100%

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z.B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Schwägerer bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet).

Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist. Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 6 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 500 Euro begrenzt.

1.22 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 60 %

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen sowie
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 1.800 Euro begrenzt.

1.23 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.22 (mit den unter Ziffern 1.7 und 1.8 genannten Ausnahmen) zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarifstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

0 Euro für Tarifstufe A2_0,

480 Euro für Tarifstufe A2_480,

960 Euro für Tarifstufe A2_960,

1.440 Euro für Tarifstufe A2_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarifstufe die Hälfte des Selbstbehalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbehalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Ambulant Komfort Hausarzt (A2H)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung A2H wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehalts.

1. Versicherungsleistungen**1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen**

Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%/70%

a) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhaushambulanz). Versichert sind weiterhin ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

b) Haus-/Primärarztprinzip:

Als Primärärzte gelten

- Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte (Hausärzte),
- Internisten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinderheilkunde (Kinderärzte),
- Not- und Bereitschaftsärzte und
- Ärzte (auch Fachärzte), die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen Primärarzt, sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte, so sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig, wenn die versicherte Person durch einen Primärarzt zur Weiterbehandlung überwiesen wurde.

Erfolgt eine ärztliche Behandlung durch einen anderen als die oben genannten Primärärzte ohne dass eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen Primärarzt stattgefunden hat, so sind die Aufwendungen zu 70 % erstattungsfähig.

c) Das Haus-/Primärarztprinzip nach Ziffer 1.2b gilt nicht bei Behandlungen im Ausland, außer bei einem Auslandsaufenthalt zu einer geplanten medizinischen Behandlung oder Entbindung (gezielte Heilbehandlung).

1.3 Arznei- und Verbandmittel – Erstattungssatz 100%/70%

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

Erstattungsfähig ist auch die enterale und parenterale Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten), wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind nach vorheriger Zusage erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern es sich um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und die erektilen Dysfunktion allein auf eine der nachfolgenden Erkrankungen zurückzuführen ist:

- Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie
- Multiple Sklerose
- Querschnittlähmung
- Diabetes mellitus.

Nicht erstattungsfähig sind, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten:

- Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose)
- Stärkungspräparate (auch sexuelle)
- Mineralwässer und Tees
- Multivitaminpräparate
- Badezusätze
- Kosmetika
- Antikonzeptiva
- Desinfektionsmittel und Mittel zur Hygiene und Körperpflege
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Arznei- und Verbandmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 70 %, für alle darüber hinaus gehenden Kosten beträgt er 100 %. Abweichend von dieser Regelung beträgt der Erstattungssatz 100 %, sofern es sich bei dem Arzneimittel um ein Generikum (Nachahmerpräparat) handelt und es nicht während eines Auslandsaufenthalts erworben wurde.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Versicherungsleistung ist begrenzt auf einen Betrag von 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

Die Versicherungsleistung für Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), ist je Auge auf 500 Euro innerhalb von 10 Versicherungsjahren begrenzt.

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur und Wartung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z. B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z. B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) sowie
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z. B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhunds und, sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist, Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher).

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro für normales Schuhwerk sowie orthopädische Zurechtungen (zusammen maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Versicherungsjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Betrag von 150 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Apps und/oder digitale Anwendungen sofern sie als Medizinprodukt in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139 e SGB V eingetragen sind und durch einen Arzt gemäß Ziffer 1.2 oder Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1.9 verordnet wurden.

Hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Hersteller der App bzw. Anwendung auf einen maximalen Leistungszeitraum verständigt oder wurde ein solcher von der zuständigen Schiedsstelle festgelegt, so ist die Erstattungsfähigkeit nach diesem Tarif ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind

- Hilfsmittel für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist,
- Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- Hilfsmittel, die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens einer gesunden Person sind,
- Fieberthermometer sowie
- die Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (z. B. Batterien, Strom, Wasser), außer Batterien für Hörgeräte.

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ein erstattungsfähiges Hilfsmittel, wenn

- der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird (der Versicherer ist berechtigt Hilfsmittel auch zur Miete zur Verfügung zu stellen),
- das Hilfsmittel nicht mehr als 1.000 Euro kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird,
- das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalls beschafft wurde oder
- es sich um eine erstattungsfähige Perücke handelt.

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, werden die Kosten nur bis zu dem Betrag ersetzt, zu dem der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen oder zur Verfügung stellen können, maximal jedoch zu 80 %.

Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist der Versicherer berechtigt zu verlangen, dass er zukünftig vom Versicherungsnehmer mit der Beschaffung beauftragt wird. Kommt der Versicherungsnehmer dieser Aufforderung nicht nach, sind nur die Kosten erstattungsfähig, zu denen der Versicherer das Hilfsmittel hätte beschaffen können, maximal jedoch 80 %.

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 80%/100%

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

- Ärzten oder
- Angehörigen staatlich geprüfter oder anerkannter Gesundheitsberufe oder medizinischer Assistenzberufe (Dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseur, Krankengymnasten, Diätassistenten)

erbracht werden und im Heilmittelverzeichnis der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind.

Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder gelten nicht als Heilmittel.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der gültigen BBhV genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Soweit Heilmittel von Ärzten erbracht werden, richtet sich die Erstattung nach Ziffer 1.1 bzw. 1.2.

Bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag für Heilmittel von 2.500 Euro pro Versicherungsjahr beträgt der Erstattungssatz 80 %, für alle darüberhinausgehenden Kosten beträgt er 100 %.

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

Tritt die ambulante Operation an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung, wird ein etwaiger bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation im Katalog der stationärsersetzenden ambulanten Operationen nach §115b SGB V auf Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger aufgeführt ist.

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten auch über die gesetzlichen Programme hinaus sowie Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft

- Schutzimpfungen, die von der der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, auch solche die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1.2 kann die versicherte Person bei Impfungen und Impfberatungen aus Anlass einer Auslandsreise auch unter nicht niedergelassenen Ärzten frei wählen, sofern diese behördlich zur Erbringung dieser Leistungen zugelassen sind (z.B. an Tropeninstituten angestellte Ärzte)
- Malaria-Prophylaxe
- Gripeschutzimpfungen ohne Altersbeschränkung.

Bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr gilt für Leistungen nach dieser Ziffer, dass

- ein etwaig bestehender tariflicher Selbstbehalt (vgl. Ziffer 1.23) nicht in Abzug gebracht sowie
- die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nicht beeinflusst

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 80%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse, sofern sie durch

- niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten oder
- approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Fachkundenachweis

erbracht werden.

Für bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall gilt ein erhöhter Erstattungssatz von 100%.

Inklusive der probatorischen Sitzungen sind pro Versicherungsfall bis zu 30 Sitzungen ohne vorherige Zusage erstattungsfähig. Bei darüber hinaus erforderlicher Weiterbehandlung ist eine vorherige Zusage des Versicherers in Textform notwendig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen.

Nicht erstattungsfähig sind

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie
- Psychotherapien durch Heilpraktiker.

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, sofern sie den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Hebammen entsprechen. Kosten für eine Rufbereitschaft sind pro Schwangerschaft und Entbindung bis zu einem Betrag von 300 Euro erstattungsfähig.

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von ambulanten ärztlichen Behandelnden gemäß Ziffer 1.2 (auch im Krankenhaus)

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Arzt bzw. das Krankenhaus sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein

geeigneter Behandelnder verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Behandelnden erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100%

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verantwortete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen, Beatmung).

- b) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. (Krankenhausvermeidungspflege). Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. Es können nur Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zu einem Betrag von 15 Euro pro Stunde, jedoch maximal 80 Euro am Tag erstattungsfähig.

Der Anspruch setzt voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, z. B. wegen eines stationären Aufenthalts,
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist sowie
- keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des SGB XI vorliegt.

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

Nicht erstattungsfähig ist die Haushaltshilfe, die durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erbracht wird.

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Übernommen werden die Behandlungen, soweit sie in Einrichtungen durchgeführt werden, die über einen Vertrag mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V, wenn eine Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Erstattungsfähig sind maximal 120 Stunden innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Ambulante Anschlussheilbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (beispielsweise nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanter Anschlussheilbehandlung auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die oben genannte Begrenzung.

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

1.19 Ambulante Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die weder eine Anschlussheilbehandlung noch eine Entwöhnungsmaßnahme sind, sowie für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sind nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Zusätzlich zu den Aufwendungen für die Therapie sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen auch durch die Rehabilitationseinrichtung erbrachte Beratungs- und Schulungsleistungen erstattungsfähig, soweit diese der Erreichung der Ziele der medizinischen Rehabilitation dienen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

Erstattungsfähig bis zu einem Betrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr sind darüber hinaus Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX.

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu 6 Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 80 Euro pro Sitzung.

Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen Heilpraktiker durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet hierbei keine Anwendung.

Nicht erstattungsfähig sind

- Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebüH (z. B. für Physiotherapie) haben sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind pro Versicherungsjahr auf einen Betrag von 500 Euro begrenzt.

80X
500E
P.o.
max

1.22 Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) – Erstattungssatz 60%

Für Leistungen nach dieser Ziffer findet das Haus-/Primärarztprinzip (Ziffer 1.2b) keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind

- 8 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) auch in Verbindung mit Intracytoplasmatischen Spermieninjektionen (ICSI).

Nach erfolgreicher Geburt werden die bereits durchgeführten Versuche nicht weiter angerechnet. Sofern eine klinische Schwangerschaft eingetreten ist, es jedoch zu einem Spontanabort oder einer Tubargravidität kommt, wird der hierzu durchgeführte Versuch nicht angerechnet.

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung beide das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligte Frau das 40. Lebensjahr und der an der Behandlung beteiligte Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- die an der Behandlung beteiligten Partner zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bereits zwei oder mehr gemeinsame lebende Kinder haben,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der jeweiligen Ehe- bzw. Lebenspartner verwendet werden sowie
- hinreichende Erfolgsaussichten für die gewählte Behandlungsmethode bestehen.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (beispielsweise gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die Versicherungsleistungen nach dieser Ziffer sind in den ersten 3 Versicherungsjahren auf einen Betrag von 1.800 Euro begrenzt.

1.23 Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1.1 bis 1.22 (mit den unter Ziffern 1.7 und 1.8 genannten Ausnahmen), zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarifstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro erwachsener Person und Versicherungsjahr insgesamt

- 0 Euro für Tarifstufe A2H_0,
- 480 Euro für Tarifstufe A2H_480,
- 960 Euro für Tarifstufe A2H_960,
- 1.440 Euro für Tarifstufe A2H_1440.

Für Kinder und Jugendliche gilt in jeder Tarifstufe die Hälfte des Selbstbehalts der Erwachsenen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehalts während eines Versicherungsjahrs.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Versicherungsjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Versicherungsjahrs, so ändert sich die Höhe des Selbstbehalts nicht.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Premium (S1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die Höchstsätze dieser Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100%

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BpflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung – Erstattungssatz 100%

Die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ist erstattungsfähig. Darüber hinaus sind auch Kosten für besondere Verpflegungsarten sowie die Benutzung von Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräten, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben, erstattungsfähig.

1.4 Privatärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100%

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Ersatzkrankenhaustagegeld

a) Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterbringung oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt der Versicherer bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung: 50 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, wenn stattdessen die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer erfolgt: 20 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung über die gesamte Dauer der stationären Behandlung: 50 Euro

b) Bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung gezahlt.

c) Bei Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Kuren besteht kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Gemäß Ziffer 3.c) besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

¹ gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100%

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind die gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Ziffer 1.3 und die privatärztliche Leistung gemäß Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

6. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 4 und 5 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

7. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100%

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

8. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. vom Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 500 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

Darüber hinaus ist die medizinisch nicht notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands erstattungsfähig (Wunschverlegung). Das gilt jedoch nur, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und während des Transports keine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist.

Intensivverlegung NICHT!
wenn nicht med. nötig!

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

10. Überführungskosten – Erstattungssatz 100%

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

11. Bergungskosten – Erstattungssatz 100%

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

12. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100%

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Komfort (S2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen

1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)

1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die Höchstsätze dieser Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100%

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BpflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150% eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung – Erstattungssatz 100%

Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer ist erstattungsfähig. Wählt die versicherte Person eine gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60% erstattungsfähig. Darüber hinaus sind auch Kosten für besondere Verpflegungsarten sowie die Benutzung von Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräten, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben, erstattungsfähig.

1.4 Privatärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100%

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Ersatzkrankenhaustagegeld

a) Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterbringung oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt der Versicherer bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung: 30 Euro
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung über die gesamte Dauer einer stationären Unterbringung: 50 Euro

b) Bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterbringung gezahlt.

c) Bei Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Kuren besteht kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

Gemäß Ziffer 3.c) besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

1 gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

2 Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100%

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind die gesondert berechenbare Unterbringung gemäß Ziffer 1.3 und die privatärztliche Leistung gemäß Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

6. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 4 und 5 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

7. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100%

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

8. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. vom Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 400 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

Darüber hinaus ist die medizinisch nicht notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands erstattungsfähig (Wunschverlegung). Das gilt jedoch nur, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und während des Transports keine intensivmedizinische Betreuung notwendig ist.

9. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

10. Überführungskosten – Erstattungssatz 100%

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

11. Bergungskosten – Erstattungssatz 100%

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

12. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100%

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.

Teil III Besonderer Teil: Modul Stationär Kompakt (S3)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

Versicherungsleistungen**1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie)****1.1 Ärztlicher Gebührenrahmen**

Ärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.

1.2 Allgemeine Krankenhausleistungen – Erstattungssatz 100%

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnen (Privatkliniken), gelten als allgemeine Krankenhausleistungen Leistungen, die den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß KHEntgG bzw. BPflV entsprechen. In solchen Krankenhäusern ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150% eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BPflV abrechnet, begrenzt. Hierzu gehören auch vor- und nachstationäre Behandlungen.

1.3 Gesondert berechenbare Unterbringung

Gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ist nicht erstattungsfähig.

1.4 Belegärzte – Erstattungssatz 100%, Wahlärzte

Erstattungsfähig sind Kosten für belegärztliche¹ Behandlungen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Behandlungen.

1.5 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

Aufwendungen für Hebammen, Entbindungspfleger (auch Beleghebammen sowie Belegentbindungspfleger) sind erstattungsfähig, sofern sie der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen entsprechen.

1.6 Begleitperson – Erstattungssatz 100%

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes werden bei medizinischer Notwendigkeit auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Erwachsenen erstattet. Hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

2. Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige akut stationäre Heilbehandlung in gemischten Anstalten ist abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

3. Stationäre Anschlussheilbehandlung – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind Leistungen nach den Ziffern 1.1, 1.2 und 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist und die Maßnahme in einem engen zeitlichen Zusammenhang an einen akut stationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation spätestens 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

4. Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100%

Abweichend zu Teil I § 5 (1) b) der MB/KK sind nach vorheriger Zusage in Textform Aufwendungen für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von 10 Versicherungsjahren erstattungsfähig (ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet). Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Erstattungsfähig sind Leistungen gemäß Ziffer 1.2. Nicht erstattungsfähig sind belegärztliche Leistungen nach Ziffer 1.4.

Qualifizierter Entzug (Entgiftung und Vorbereitung zur Entwöhnung) ist ohne vorherige Zusage erstattungsfähig und fällt nicht unter die Begrenzung dieser Ziffer.

5. Stationäre Rehabilitationen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen – Erstattungssatz 100%

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, die nicht unter die Ziffern 3 und 4 fallen, sind Leistungen nach den Ziffern 1.1, 1.2 und 1.4 nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig. Der Versicherer wird die Zusage bei medizinischer Notwendigkeit erteilen, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leistungspflichtig ist.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen beträgt die maximale Versicherungsleistung 3.000 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren. Die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Maßnahmen werden dabei zusammengerechnet.

¹ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

6. Hospizversorgung – Erstattungssatz 100%

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, welches einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat. Ein Hospiz ist eine Einrichtung, in der palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden können.

7. Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zu und von Krankenhäusern

- bei Notfällen,
- bei Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- bei ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern das Krankenhaus sich im Umkreis von 100 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall) befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten und Krankentransporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro pro Versicherungsjahr. Diese Beschränkung gilt nicht für Krankenfahrten zu und von Dialysebehandlungen sowie Strahlen- und Chemotherapie.

8. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege (Behandlungs- und Grundpflege)

- im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
- bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder
- nach einer ambulanten Operation,

wenn eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.

Die Leistung ist auf längstens 8 Wochen und 1.612 Euro pro Versicherungsjahr (in Dauer und Höhe analog zu § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB X) begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

Die Leistung nach dieser Ziffer endet mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege.

9. Überführungskosten – Erstattungssatz 100%

Bei Tod einer versicherten Person im Ausland sind Überführungskosten erstattungsfähig sofern der Versicherer mit der Organisation der Überführung beauftragt wurde. Erfolgt die Überführung ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er die Überführung hätte organisieren können.

Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort im Ausland werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.

Die Versicherungsleistung nach dieser Ziffer ist auf einen Betrag von 10.000 Euro begrenzt.

10. Bergungskosten – Erstattungssatz 100%

Die Versicherungsleistung für Bergungskosten ist auf einen Betrag von 15.000 Euro pro Versicherungsfall begrenzt.

11. Rücktransportkosten bei Auslandsreisen – Erstattungssatz 100%

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport bei ärztlich bescheinigter Transportfähigkeit in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland, sofern der Versicherer mit der Organisation des Rücktransports beauftragt wurde. Erfolgt der Rücktransport ohne Absprache mit dem Versicherer, so ist der Versicherer berechtigt die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag zu begrenzen, zu dem er den Rücktransport hätte organisieren können.

Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zurücktransportiert, sind auch die Reisekosten einer notwendigen Begleitperson versichert.

Bei einem Rücktransport oder Todesfall des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- kein anderer Kostenträger leisten muss sowie
- keine volljährige mitreisende Person die Betreuung der Kinder übernehmen oder mit ihnen zurückreisen kann.



Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Premium (Z1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt und der 5fache Satz der jeweiligen Gebührenordnung nicht überschritten wird.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern diese Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

max
500€
nicht
auf
BRE

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 90%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stifzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 95%. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 90%/70%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 70%.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

bspw. noch Novlux!

+5% wenn spez. Labov

Nur bis 18! od. Unfall + Anomalie

+20% bei HUP

Zusatz-KU NICHT anrechenbar

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Komfort (Z2)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern die Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 400 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 75%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendungen stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 80%. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 75%/60%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. **Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 60%.**

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer **schweren Kieferanomalie erforderlich** sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 200 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 800 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.600 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 2.400 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 3.200 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Kompakt (Z3)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht bis zu den jeweiligen Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern die Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 300 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 60%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 65%. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 60%/50%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 50%.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind **beschränkt auf 100 Euro im Versicherungsjahr.**

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 600 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.200 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 1.800 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 2.400 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.

Gültig ab 01.10.2012

Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBVU/SBZU)

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die bestehende Krankheitskostenversicherung gilt folgende Sondervereinbarung zur Beitragszahlung:

1. Abschlussfähigkeit

Die Beitragsermäßigung kann für Personen festgelegt werden, die im Jahr der Vereinbarung der SBVU/SBZU das 21. Lebensjahr vollendet und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Gegenstand

In der Krankheitskostenversicherung kann eine Änderung der Beitragszahlung so geregelt werden, dass sich ab dem ersten des Folgemonats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, die monatliche Beitragssrate um die vereinbarte Beitragsermäßigung (Grundnachlass) verringert.

Die Beitragsermäßigung erhöht sich, nach folgender Tabelle, in Abständen von 5 Jahren um jeweils 20 % des Grundnachlasses.

vollendetes Lebensjahr	Beitragsermäßigung
65.	5,- Euro (Grundnachlass)
70.	6,- Euro
75.	7,- Euro
80.	8,- Euro
85.	9,- Euro
90.	10,- Euro

Der Grundnachlass kann in Stufen von 5 Euro, mindestens jedoch in Höhe von 10 Euro, vereinbart werden.

3. Höchstmöglicher Umfang des Grundnachlasses und der Beitragsermäßigung

Der vereinbarte Grundnachlass darf zu keinem Zeitpunkt den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung übersteigen.

Die sich aus den Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter ergebende Beitragsermäßigung (incl. der sich aus der Überschussbeteiligung gemäß § 12a Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz ergebenden zusätzlichen Beitragsermäßigung) darf den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung (ohne Berücksichtigung der Beitragsermäßigung aus den SBVU/SBZU) nicht überschreiten. Der über dem vorgenannten Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung liegende Teil der Beitragsermäßigung wird nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen zur Milderung von späteren Beitragserhöhungen verwendet.

4. Änderung des Grundnachlasses

4.1 Erhöhung des Grundnachlasses

Der bereits vereinbarte Grundnachlass kann für Personen, die in dem Jahr der Änderung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, jederzeit ohne Gesundheitsprüfung unter Beachtung der Ziffer 3. erhöht werden.

4.2 Verminderung des Grundnachlasses

Eine Verminderung des Grundnachlasses ist vor Wirksamwerden der Beitragsermäßigung möglich.

4.3 Beendigung der SBVU/SBZU

Werden die SBVU/SBZU aufgehoben und bleibt die Krankheitskostenversicherung weiterhin bestehen, wird die vereinbarte Beitragsermäßigung nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen in eine sofortige Beitragsermäßigung in der Krankheitskostenversicherung umgewandelt.

Die SBVU/SBZU endet mit der Krankheitskostenversicherung.

5. Monatlicher Mehrbeitrag für die SBVU/SBZU

Auf Grund der Vereinbarung der SBVU/SBZU wird in der Krankheitskostenversicherung ein Mehrbeitrag erhoben.

Der monatlich zu zahlende Mehrbeitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Als "Alter bei Beginn der Sonderbedingungen" gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Beginns der SBVU/SBZU und dem Geburtsjahr.

6. Beitragsberechnung

Die Berechnung des Mehrbeitrags für die SBVU/SBZU erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Bei einer Änderung des Mehrbeitrages, auch durch Änderung des Grundnachlasses, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Alter bei Beginn der SBVU/SBZU dadurch Rechnung getragen, dass die Altersrückstellung für die SBVU/SBZU gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung des Mehrbeitrags wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

7. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen Verlängerung der Lebenserwartung ändern. Deshalb vergleicht der Versicherer gem. § 8 b MB/KK 2009 zumindest jährlich die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die SBVU/SBZU. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so werden die Mehrbeiträge für die SBVU/SBZU vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.