

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

ELBonus-U*

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen.

Ambulant:

- ✓ 100% für ambulante Behandlung durch Ärzte bei Erstbehandlung durch Primärarzt, ansonsten 75%.
- ✓ 75% für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker, max. 1000 Euro pro Versicherungsjahr.
- ✓ 70% für ambulante Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr.
- ✓ 100% für Sehhilfen, max. 100 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.

Stationär:

- ✓ 100% für allgemeine Krankenhausleistungen bei Heilbehandlung, Psychotherapie und Entbindung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten für zahnärztliche Behandlung
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pflegetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! Jährlicher Selbstbehalt von 360 Euro für Erwachsene / 180 Euro für Kinder und Jugendliche.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- ✓ Darüber hinaus haben Sie bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt weltweiten Versicherungsschutz.

**Welche Verpflichtungen habe ich?****- Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?**

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter "Gesundheitsfragen" stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben.

- Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

- Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.

**Wann und wie zahle ich?**

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.

**Wann beginnt und endet die Deckung?**

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag gekündigt wird oder die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt.

**Wie kann ich den Vertrag kündigen?**

- Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Versicherungsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.
- Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen, können Sie den Vertrag jederzeit zum Beginn der Versicherungspflicht kündigen.

* Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A" hinter der Tarifbezeichnung: ELBonus-UA.

Vertragsgrundlage 001

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Seite 1 von 12

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1 - 20 Stand: Dezember 2020

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012) Nr. 1 - 58

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,

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der TB 2012 nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

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) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation
Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

Nr. 3 Sonstige Versicherungsfälle

Als Versicherungsfall gilt auch die Behandlung wegen eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind. Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Nr. 4 Vorsorgeuntersuchungen
Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

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.

Nr. 5 Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)
Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbezogen zugrunde gelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 6 Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten in einer Krankheitskostenversicherung beim Versicherer auch auf das außereuropäische Ausland; für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb EU/EWR besteht unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer über eine Postanschrift in Deutschland sowie eine deutsche Kontoverbindung verfügt, weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht.

a) Während der ersten 6 Monate besteht der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.

b) Bei einem Aufenthalt über 6 Monate hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen

Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(2) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 57 Abs. 1 TB 2012 entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. 1 oder 2 zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(4) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 b) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(5) Ein gemäß Abs. 2 vereinbarter Beitragszuschlag entfällt mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 5 TB 2012 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.

(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 (Altersrückstellung) 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.

§ 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 und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr. 7a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 7b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 7c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

Bei der Kindernachversicherung gilt Nr. 6 Abs.1 Satz 1 nicht, sofern der bei uns versicherte Elternteil bereits einen Anspruch auf uneingeschränkten Versicherungsschutz außerhalb EU/EWR hat. Im Übrigen bleibt Nr.6 unberührt.

(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.

§ 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 einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft 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 aufgrund 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.

Nr. 8 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 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.

Nr. 9 Medizinische Versorgungszentren

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte (oder Zahnärzte) gewählt werden, die die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Nr. 10 Leistungserbringer im Gesundheitswesen

(1) Erstattungsfähig sind auch Leistungen von freiberuflichen Hebammen, Entbindungspflegern sowie von liquidationsberechtigten Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den ärztlichen Psychotherapeuten sowie den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 11 Sozialpädiatrie und Frühförderung

(1) Aus der Versicherung eines Kindes sind Aufwendungen für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung und / oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern vereinbart hat, erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfetragere gilt nicht als Kostenträger.
(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für heilpädagogische Maßnahmen.

Nr. 12 Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind auch ambulante Operationen.

Nr. 13 Häusliche Krankenpflege**(1) Krankenhausvermeidungspflege**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch Pflegekräfte, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Leistungen in diesem Sinne sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI nicht erstattungsfähig.

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

- Für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung gilt:

Vergütungen bis max. 50 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall sind erstattungsfähig.

- Für die Behandlungspflege gilt:

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages mit einer gesetzlichen Krankenversicherung oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt.

Die Kosten werden für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall erstattet.

(2) Sicherungspflege

Eine Behandlungspflege, die zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt, ist nur erstattungsfähig, soweit diese Maßnahmen nicht durch eine im Haushalt lebende Person bzw. private Pflegeperson sichergestellt werden kann und die Leistungen durch Pflegefachkräfte erbracht werden.

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt. Grundpflege und häusliche Versorgung sind nicht erstattungsfähig.

Bei den Leistungen der Beatmungspflege wird der festgestellte Pflegeaufwand in Minuten zu 100% angerechnet.

(3) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der vertraglichen Leistungsübersicht Behandlungspflege genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Leistungsübersicht ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Leistungsübersicht im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

(2) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf

ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.
(3) Voraussetzung ist, dass die Verordnung auch Angaben zu der voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Erfolgt die Verordnung durch Krankenhausärzte, darf sie 7 Tage nicht überschreiten.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- von Ärzten im Rahmen der GoÄ und
- von Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend der Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat, anerkannt.

(5) Leistungen einer Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(6) Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob nicht eine anderweitige ambulante Versorgung ausreichend ist.

Nr. 15 Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie (ambulante Betreuung (chronisch) psychisch erkrankter Menschen), wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und
- dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder in vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf Soziotherapie. Während einer stationären Krankenhausbehandlung oder während der Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz besteht ebenfalls kein Anspruch auf Soziotherapie.

(2) Voraussetzung ist die Vorlage einer Verordnung und eines Behandlungsplanes durch einen Arzt für Psychotherapie.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

(4) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GoÄ. Wird die Soziotherapie durch eine Fachkraft erbracht, wird für eine Einzeltherapie (Dauer 60 Minuten) maximal ein Rechnungsbetrag in Höhe von 39,50 Euro anerkannt. Bei einer Gruppentherapie (Dauer 60 Minuten) beträgt der maximal anzuerkennende Rechnungsbetrag 20 Euro (bei 2-3 Teilnehmern) bzw. 17 Euro (bei 4-6 Teilnehmern).

(5) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise die genannten Geldbeträge anzupassen.

Nr. 16 Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

- Krankenhausbehandlung,
- Anschlussheilbehandlung,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- häuslicher Behandlungspflege.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass 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, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 14 Tage je Versicherungsfall und ist auf 50 Euro/Tag begrenzt.

Nr. 17 Künstliche Befruchtung

Soweit tariflich vorgesehen, sind Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, künstliche Befruchtung/Insemination unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.

Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
 - bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
 - bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).
- Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger einschließlich der Beihilfe oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

Nr. 18 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen sowie die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 19 Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 20 Gebühren bei Behandlung im Ausland

Die Nummern 18 und 19 TB 2012 gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 21 Bezug von Arzneimitteln

Die Arzneimittel müssen aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nr. 22 Definitionen

(1) Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten insbesondere auch nicht:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, es liegt eine Grunderkrankung vor
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts, Abführmittel,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen,
- Stärkungsmittel,

- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind.

Nach ärztlicher Verordnung sind die Aufwendungen für Sondenernährung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft ein Schwangerschaftsgymnastik- sowie ein Rückbildungsgymnastikkurs sowie die Kosten des Geburtsvorbereitungskurses bis zum 2,0-fachen Erstattungssatz im Rahmen der HebGV erstattungsfähig.

(3) Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, Geräte die am Patienten für therapeutische Zwecke angewendet werden (Therapiegeräte) sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierzu zählen nicht Pflegehilfsmittel, die dem Bereich der Pflegeversicherung zuzuordnen sind.

a) Erstattungsfähig sind folgende Hilfsmittel:

1. Sehhilfen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450 Euro), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450 Euro pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
 2. Orthopädische Hilfsmittel; z. B. orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 Euro an), orthopädische Schuhschulzrichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist; Orthesen, Bandagen;
 3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezie totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
 4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör;
 5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte;
 6. Überwachungsmonitore (z.B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu- Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettwärmertherapiegerät (bis max. 120 Euro);
 7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes;
 8. Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis max. 150 Euro pro Gerät);
 9. Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist.
- b) Weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.
- c) Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel nach a) und b) sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch.
- d) Leistungen anderer Kostenträger werden auf unsere Leistungen angerechnet.
- e) Ausgeschlossen sind Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z.B. Matratzen, Autositze) sowie die Unterhalts- bzw. Betriebskosten für Hilfsmittel wie z. B. Strom oder Batterien.
- f) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

(5) Für Erst- und Folgeschulungen erstattet der Versicherer bei einer ärztlich bestätigten Erkrankung, wie zum Beispiel Diabetes und Asthma, die Aufwendungen, die gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür abrechnungsfähig sind.

(6) Für Organtransplantationen/Knochenmarkspenden leistet der Versicherer im Rahmen der jeweils geltenden Selbstverpflichtungserklärung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, sofern für die versicherte Person eine aktive Krankenvollversicherung besteht.

Nr. 22a Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, sofern diese tariflich vereinbart sind und

- es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und
- die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
- diese von Ärzten, Zahnärzten, ärztlichen Psychotherapeuten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Anwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 1 a), b) und d) erfüllen und nur deshalb nicht im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen, da ihre Risikoklasse diejenige nach § 33a SGB V übersteigt.

(2) Vereinbarungen über Vergütungsbeträge

- Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, so sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Sind höhere Aufwendungen erforderlich, weil die Anwendungen über Dritte bezogen werden, so sind die für diese zusätzlichen Aufwendungen zu zahlenden Erstattungen auf max. 30% der Vergütung nach Satz 1 begrenzt.
 - Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 134 SGB V verlangen kann. Im Übrigen gilt Abs. 2 a) Satz 2 entsprechend.
 - In allen anderen Fällen ist der tatsächliche Vergütungsbetrag erstattungsfähig.
 - Unbeschadet der Regelungen in Abs. 2 a) bis c) ist der Versicherer berechtigt, die digitale Gesundheitsanwendung selbst zur Verfügung zu stellen. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.
- (3) Keine Erstattungspflicht besteht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen entstehen (z.B. Anschaffungskosten für Smartphone, PC; Unterhaltskosten wie etwa Stromkosten, Batterien).

(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.

Nr. 23 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Privatkliniken

Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegegesetzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines

Plankrankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. 2.

Nr. 24 Besondere Unterbringungsformen

- Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.
- Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.
- Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 25 Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(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.

Nr. 26 Verzicht auf Zusage bei Krankenanstalten nach § 4 Abs. 5 (Gemischte Anstalten)

- Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn
 - es sich um eine Notfallweisung handelte oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.
- Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

Nr. 27 Anschlussheilbehandlung (stationär)

(1) Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen/Behandlungen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel-Hirnverletzungen
- Nierentransplantation
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.

Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden.

(2) Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. Der Dienstherr als Beihilfetragere gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.

Nr. 28 Anschlussheilbehandlung (ambulant)

- (1) Anstelle einer stationären Anschlussheilbehandlung sind Aufwendungen für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erstattungsfähig. Sie umfasst die ärztliche Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreuung und Ernährungsberatung.
- (2) Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass
- die ambulante Rehabilitationseinrichtung unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes steht und
 - dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.
- (3) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

Nr. 29 Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung

- (1) Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
- (2) Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- (3) Leistungen der Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

- (6) Der Versicherer leistet in vertraglichem 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.

Nr. 30 Arzneimittel der Alternativen Medizin

Im Rahmen der alternativen Medizin sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin erstattungsfähig.

Nr. 31 Beitragsrückerstattung

- (1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
- (2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.
- (3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

- Nr. 32 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln**
Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8b MB/KK 2009).

- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 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 Kostenvorschlag 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 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.

§ 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;

Nr. 33 Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 34 Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 35 Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

- (1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.
- (2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 36 Leistungsausschluss bei einer Straftat

Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Nr. 37 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung werden unter den unten genannten Voraussetzungen die Kosten für Entziehungs-/ Entwöhnungsbehandlungen für Suchterkrankungen übernommen.

Im Bereich der stationären Entwöhnung sind maximal 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Anspruch auf etwaige versicherte Wahlleistungen oder Krankenhausstagegelder besteht für diese Behandlung nicht.

Bei ambulanter Durchführung sind ebenfalls 80% des Tagessatzes erstattungsfähig.

Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen begrenzt. Das gilt auch dann, wenn mehrere/unterschiedliche Sucharten behandelt werden.

Für Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Für eine Kostenübernahme müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kostenübernahme wird rechtzeitig vor Beginn der Entziehungs-/ Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt und schriftlich vorher zugesagt.
- Es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.
- Es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung; der Nichtanspruch darf nicht dadurch begründet sein, dass der Versicherte Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist.
- Es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht.

(3) Der Versicherer kann die Einrichtung sowie die Art, den Umfang und die Dauer der Leistungen bestimmen.

(4) Keine Leistungspflicht besteht aus Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte und für Heilfürsorgeberechtigte.

- c) für Behandlungen 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 38 Kur- und Badeorte

Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.

- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, 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.

Nr. 39 Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR (siehe hierzu Nr. 5 TB 2012 bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. 1 gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. 1 keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. 1 ebenfalls keine Anwendung.

(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 Krankenhausstagegeld 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.

§ 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.

Nr. 40 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Geht eine Kostenerstattung durch Dritte voraus, genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sind. Die Belege aller in diesen Bedingungen genannten Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten. Ebenfalls müssen Namen und Anschrift der Leistungserbringer im Gesundheitswesen enthalten sein.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringer im Gesundheitswesens einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Leistungserbringer im Gesundheitswesen vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten.

(3) Das Krankenhausstagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 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.

Nr. 41 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt 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, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 42 Überweisungskosten

Kosten für eine Standardüberweisung auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 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 nachzuzahlen 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 01. 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.

Nr. 43 Beitragsfälligkeit

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(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.

Nr. 44 Mahngebühr

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(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.

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. 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.

Nr. 45 Nichtzahlung Erstbetrag

Abweichend vom folgenden § 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß § 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

(7) 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.

Nr. 46 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 benannten Versicherungen das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den "Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)", auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages 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.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 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 Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

Nr. 47 Eintrittsalter

(1) Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifstufe und dem Geburtsjahr.

Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 47 Abs. 1 Satz 2 erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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.

§ 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 Vomhundertsatz, 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 Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 48 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor (§ 8b Abs. 1 MB/KK 2009)

Der in § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 7% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

(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.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 49 Meldung einer Krankenhausbehandlung
Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 50 Meldung Eintritt, Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruches
Der Eintritt, die Änderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(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.

Nr. 51 Unfall-Krankenhaustagegeld
Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 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 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 den 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 und 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.

Nr. 52 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 53 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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.

Nr. 54 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes
Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(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 Alterungsrückstellung 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 den 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.

§ 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 aus-

geschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 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.

Nr. 55 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

(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.

Nr. 56 Ehescheidungen / Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

(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 Abs. 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.

Nr. 57 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 5 und 6 TB 2012 im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. 1 nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 5 und 6 TB 2012 getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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.

Nr. 58 Geltung deutschen Rechts / Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 5 TB 2012) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provide in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not to be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.

§ 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 des geänderten Verhältnisses 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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) 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 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit 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 hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Gültig ab 12/2020

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Vertragsgrundlage 032
Tarif ELBonus-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Selbstbehalt

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, für die weder bei der AXA Krankenversicherung noch bei einem anderen privaten Krankenversicherer neben dem Tarif ELBonus-U eine Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung mit Leistungen für privatärztliche Behandlung und/oder gesondert berechenbare Unterkunft besteht, mit Ausnahme der KGSU-Tarife, die Wahlleistungen ausschließlich bei schweren Erkrankungen und schweren Unfallfolgen vorsehen.</p> <p>Erlangt der Versicherer Kenntnis davon, dass für eine versicherte Person eine andere Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung besteht, so endet für diese Person die Versicherung nach Tarif ELBonus-U zu Beginn des Folgemonats nach Kenntnisnahme. Der Versicherte kann dann in einen anderen bestehenden Tarif für ambulante oder stationäre Heilbehandlung wechseln, sofern für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als der des Tarifs ELBonus-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers (1) Ambulante Heilbehandlung</p>	<p>75% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel bzw.</p> <p>100% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p>100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.</p> <p>75% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist dabei auf 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>70% für ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Leistungen sind auf 50 Sitzungen je Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>50% für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).</p> <p>100% für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuhleinlagen sowie Bandagen, - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012, - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren ist dabei die Gesamtleistung auf 100,- Euro begrenzt.</p> <p>100% für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. medizinisch notwendige Lasik, Lasek, Linsenimplantate). Die Leistungen - inklusive Vor- und Nachuntersuchungen - sind auf 400 Euro je Auge begrenzt; ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von zehn Jahren.</p> <p>75% für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</p> <p>100% für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.</p> <p>100% für Sozialpädiatrie und Frühförderung.</p> <p>100% für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.</p> <p>100% für Soziotherapie.</p> <p>100% für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage.</p> <p>100% für häusliche Krankenpflege (Bitte setzen Sie sich vor Inanspruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung).</p> <p>100% der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>



	<p>Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen der oben genannten Leistungen zugerechnet (z. B. ambulante Heilbehandlung, ambulante Psychotherapie, Heilmittel), für die sie verordnet wurden. Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen. Betragsmäßige Höchstsätze der Heilmittelpreisliste gelten für digitale Gesundheitsanwendungen nicht.</p> <p>Serviceleistungen ambulante Behandlung, Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit aufgrund Ihres Antrages zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
(2) Stationäre Heilbehandlung	<p>100% für stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung, • Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger, • freiberufliche Hebammen, • nicht aber für privatärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterbringung. <p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung eines Krankenhauses. Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p> <p>100% für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.</p> <p>100% für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
(3) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage erstattet. Erstattet wird die Zuschlagshöhe, die für die Unterbringung einer Begleitperson bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme berechnet werden kann (§ 2 der Vereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).</p>
(4) Ersatzleistungen	<p>Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises 100,- Euro bei häuslicher Entbindung eines Kindes gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache (Entbindungspauschale).</p>
(5) Rücktransport und Überführung aus dem Ausland	<p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Es sind auch Überführungskosten bis zu 5.200,- Euro in das Heimatland erstattungsfähig.</p>
C. Selbstbehalt pro Versicherungsjahr	<p>360,- Euro</p> <p>Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, 180,- Euro. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen gemäß B (1) sowie Ersatzleistungen unter B (4) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
D. Leistungsbegrenzungen/ Leistungsausschlüsse	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif ELBonus-U nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sterilisation aus nicht medizinischen Gründen. <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>



E. Umwandlungsoption (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption	<p>Versicherte Personen des Tarifs ELBonus-U können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden. Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif ELBonus-U eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif ELBonus-U waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>
(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand; c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet; h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen	<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
F. Bonifikation (1) Beitragsrückerstattung	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p>
(2) Verhaltensbonus	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p>
(3) Auszahlung	<p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
G. Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 39. Lebensjahr vollendet wird (bis zum 31.03.2019 galt: das 34. Lebensjahr vollendet wird).



	<p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
--	---

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 12/2020

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ELBonus-U oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Primärarzt-Prinzip bei ambulanter Heilbehandlung

Als Patient/in haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt/Ärztin Sie aufsuchen.

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Primärarzt-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Kosten medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen.

Primärärzte sind

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- Praktische Ärzte,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärzte),
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes ELBonus-U nicht zu den Primärärzten.

Die Erstattungsquote von 100% gilt aber auch, wenn Sie zuerst einen Primärarzt konsultieren, die weitere Behandlung dann aber - nach Überweisung durch den Primärarzt - von einem/mehreren Facharzt/ Fachärztinnen durchgeführt wird. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Erkrankungsbild, muss zunächst wieder der Primärarzt aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der nicht Primärarzt ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 25% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 75%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Primärarzt, werden diese Kosten zu 100% erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 25% von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung/ Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Primärarzt zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuleiten. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Primärarztes und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung:

z. B. ambulante Kuren, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Schlangheilmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

Bei stationärer Behandlung:

Kosten, die durch die Wahlleistungen privatärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) und/oder eine gesondert berechenbare Unterkunft (Ein- oder Zweibett-Zimmer) entstehen, sind von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem sind z. B. Sterilisation aus nicht medizinischen Gründen, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kur und Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up") nicht versichert.

Was ist darüber hinaus im Versicherungsfall zu beachten?

Bei ambulanter Behandlung:

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen und Rechnungen erst dann vorlegen, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,-Euro ist.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen. Facharztrechnungen (außer Gynäkologie, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung und der Rechnung des Primärarztes ein.

Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel müssen vor dem Bezug (fach-) ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Beabsichtigen Sie, sich nach alternativen Methoden untersuchen oder behandeln zu lassen, so fordern Sie bitte vor Behandlungsbeginn von uns eine Kostenübernahmeerklärung an.

Bei stationärer Behandlung:

Als Inhaber der AXA Card für Privatversicherte oder der Klinik-Card können Sie bei der Aufnahme in ein Krankenhaus, mit dem ein Klinik-Card-Vertrag besteht, alle Formalitäten schnell und bequem erledigen.

Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.



Informationen zum Thema Vorsorgeuntersuchungen

Als Versicherter der AXA können Sie umfangreiche Vorsorgeuntersuchungen zum Erhalt Ihrer Gesundheit wahrnehmen. Diese Untersuchungen sind in bestimmten Lebensphasen sehr wichtig, denn sie helfen, eventuelle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen oder auszuschließen. Durch die Einführung klar umrissener Programme zur gezielten Früherkennung von Krankheiten trägt der Gesetzgeber diesem Aspekt Rechnung. Lesen Sie gleich hier alles Wissenswerte zum Thema Vorsorge.

Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen

Damit Ihre Gesundheit langfristig gesichert ist, erstatten wir Ihnen - im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes - die Kosten der Untersuchungen, die der Gesetzgeber vorsieht.

Auf der nächsten Seite finden Sie eine Liste der Vorsorgeleistungen, die durch Ihren Versicherungsschutz bei uns abgedeckt sind. Als Hilfestellung haben wir die entsprechenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit aufgeführt.

Unsere beratenden Mediziner haben unseren **Leistungskatalog um einige wichtige Untersuchungen**, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, **ergänzt**. Sie sind mit * gekennzeichnet. Zusätzlich erstatten wir die Kosten für vorbeugende Untersuchungen, wenn bei Ihnen eine erblich bedingte Veranlagung vorliegt und eine entsprechende Vorsorge medizinisch sinnvoll ist.

Rät Ihr Arzt zu darüber hinausgehenden Maßnahmen (z. B. sogenannte **IGEL**-Leistungen), so sprechen Sie bitte vorher mit ihm oder rufen uns im Vorfeld an, da diese Leistungen ggf. nicht erstattungsfähig sind.

Die bei den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen genannten **Altersgrenzen** beziehen sich auf die gesetzlich eingeführten Programme. Auf die Einhaltung dieser Altersgrenzen verzichten wir bedingungsgemäß in allen Tarifen **mit Ausnahme** der Tarife EL, EL-N, EL 400 und EL 400-N. Hier erfolgt eine Erstattung nur dann, wenn die Altersgrenzen erreicht oder überschritten sind.

Vorsorgeuntersuchungen und Selbstbehalt

Wir übernehmen aus den Tarifen ActiveMe-U, AM 310, AM700, EL BONUS (O), EL Bonus-N, EL Bonus-U, PRAXmed, PRAXmed-N, VA6 900-U, Vital 250, Vital 750, Vital 300-N, Vital 600-N, Vital 900-N, Vital 300-U, Vital 900-U, VZ 600-U und 153-N die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, die den gesetzlichen Programmen entsprechen - zuzüglich der mit * gekennzeichneten -, **sogar ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt**.

Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen gemäß gesetzlichen Programmen	<ul style="list-style-type: none">- Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-, Nieren-, Krebserkrankungen, auf den Diabetes, Schwangerschaftsvorsorge, Mammographie-Screening, Chlamydien-Screening- Untersuchungen von Kindern
Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen	<ul style="list-style-type: none">- z.B. Tuberkulose-Vorsorge- Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Nieren- oder Krebserkrankungen- Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)- bei erblich bedingter Veranlagung zum Ausschluss bestimmter Krankheiten

Vorsorgeuntersuchungen und Beitragsrückerstattung

Für Versicherte in den Tarifen ActiveMe-U, EL Bonus (O), EL Bonus-N, EL Bonus-U, PRAXmed, PRAXmed-N, Premium, PRIVAmed, VA2-U, VA6-U, VA6900-U, Vital 250, Vital 750, Vital 300-N, Vital 600-N, Vital 900-N, Vital 300-U, Vital 900-U sowie VZ600-U beeinflussen die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nicht die Beitragsrückerstattung.

Kindervorsorge

(bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres)

25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung
26	Untersuchung (U1-9, U7a, U10*, U11*)

Zusätzlich zur Ziffer 25 bzw. 26:

Bei allen Untersuchungen ab U2, also bei U2, U3, U4, U5, U6, U7, U7a, U8 und U9	250 oder A250	Blutabnahme
	716	Orientierende Beurteilung Entwicklung/Interaktion
	717	Überprüfung Sprachverständnis, Sprechvermögen, Sozialverhalten
	718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717
	1216	Augenuntersuchung
Nur im Rahmen der U2:	1	Beratung
	602	Oxymetrische Untersuchung
	1409	Neugeborenen-Hörscreening
	3796, A3796, 3920 (1x), 3922 (1x) und 3924 (1x)	Mukoviszidose-Screening
	4030	TSH-Bestimmung
	4035	17-OH-Progesteron
	3789	Biotinidase
	3790 und A3776	Galaktose
	4078	Carnitin
	4079	Massenspektrometrien
Nur im Rahmen der U3:	413	Hüftscreening
	Wenn noch nicht im Rahmen der U2 erfolgt: 3796, A3796, 3920 (1x), 3922 (1x) und 3924 (1x)	Wenn noch nicht im Rahmen der U2 erfolgt: Mukoviszidose-Screening
Nur im Rahmen der U8:	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung
	3511	Harnstreifentest
Nur im Rahmen der U9:	3511	Harnstreifentest

Jugendvorsorge

(nach Vollendung des 10. Lebensjahres)

A26	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1, J2*)
250	Blutabnahme

Zusätzlich zur Ziffer A26:

Im Rahmen der J2:	3514	Glucose
-------------------	------	---------

Gesundheitsuntersuchung

(ab dem 35. Lebensjahr, alle zwei Jahre)

29	Gesundheitsuntersuchung
250	Blutabnahme
651	EKG
3560	Glukose
3562	Cholesterin
3563	HDL*
3564	LDL*
3565	Triglyzeride
3583	Harnsäure
3531	Urinsediment
3585	Kreatinin
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)*

Chlamydien-Screening

(bei Frauen bis zum 25. Lebensjahr)

4783	Chlamydien-Screening
------	----------------------

Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung für Frauen

(ab dem 20. Lebensjahr, jährlich)

27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
4851	Zytologische Untersuchung bei Frauen
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung*
403	Transkavitärzusschlag*

Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie-Screening

(ab dem 50. Lebensjahr bis einschl. 69 Jahre, alle zwei Jahre)

1	Beratung
5266	Mammographie je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag bei Anwendung digitaler Radiographie je Seite
60	Konsiliarische Erörterung

Krebsfrüherkennung (Prostata und Genitale) für Männer

(ab dem 45. Lebensjahr, jährlich)

28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung*
403	Transkavitärzusschlag*

Hautkrebs-Screening für Männer und Frauen
(ab dem 35. Lebensjahr, alle zwei Jahre)

1	Beratung
7	Vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems
750	Auflichtmikroskopie

Darmkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen
(ab dem 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)

A3736	Blut im Stuhl
-------	---------------

(ab dem 55. Lebensjahr)

A3736	Blut im Stuhl oder
1	Beratung
11	Digitaluntersuchung
250	Blutabnahme
3960	Quickwert
687	Hohe Koloskopie
451	Intravenöse Kurznarkose (Propofol usw.)*

Schwangerschaftsvorsorge
(keine Altersbegrenzung)

23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung (bis zu 3 x)
250	Blutentnahme
3613	Schwangerschafts-Glukose-Toleranz-Test
3988	Antikörper-Suchtest
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
4291	Lues-Suchtest
4398	Röteln-Virus
4643	Hepatitis B-Viren
4395	HIV Antikörper-Suchtest
	Amniozentese*
410	Ultraschalluntersuchung zur Amniozentese (2x)*
1011	Amniozentese*
1001	Tokographische Untersuchung*
3743	Alpha-Fetoprotein /AFP*
4873	Chromosomenanalyse (2x)*
A4871	Anlage weiterer Zellkulturen*
A4815	Differenzierte Färbungen (2x)*

Tuberkulose*

1	Beratung*
7	vollständige körperliche Untersuchung*
384	Stempeltest*
5135 oder 5137	Röntgen der Brustorgane*

Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen für Männer
(ab dem 65. Lebensjahr, einmalig)

1	Beratung
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung
401	Zuschlag für Duplex-Verfahren
404	Zuschlag für dopplersonographische Leistung

KONTAKT: Bei Fragen und für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne telefonisch unter der 0221 148-41002 oder per E-Mail service@axa.de zur Verfügung.

Vertragsgrundlage 596

Preisverzeichnis Heilmittelliste

Stand 01.2019 Seite 1 von 2

I. Inhalationstherapie

1.	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -	
1a	als Einzelinhalation	8,80 EUR
1b	als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 EUR
1c	als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 EUR
2a	Radon-Inhalation im Stollen	14,90 EUR
2b	Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20 EUR

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

3.	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50 EUR
4.	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) - als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	25,70 EUR
5.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife, spätestens nach Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungs- störungen (KG nach Bobath, Vojta oder PNF) als Einzelbehandlung; Richtwert: 30 Min.	33,80 EUR
6.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung; Richtwert: 45 Min.	45,30 EUR
7.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen - je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20 EUR
8.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer; Richtwert: 45 Min	14,30 EUR
9a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen - als Einzelbehandlung - Richtwert 60 Min.	71,40 EUR
9b	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Richtwert: 45 Min, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 EUR
10.	Bewegungsübungen	
10a	als Einzelbehandlung;	10,20 EUR
10b	in einer Gruppe (2 bis 5 Personen);	6,60 EUR
11	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
11a	als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	31,20 EUR
11b	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50 EUR
11c	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	15,60 EUR
12.	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
12a	als Einzelbehandlung, - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	31,20 EUR
12b	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen) je Teilnehmerin oder Teilnehmer, - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	19,50 EUR
12c	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen) je Teilnehmerin oder Teilnehmer, - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	15,60 EUR
12d	Geräteunterstützte Krankengymnastik (KG an Seilzug - und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung - als parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen) - Richtwert: 60 Min.	46,20 EUR
13.	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockie- rungen (Cyriax/Querfraktion), Richtwert: 30 Min.	29,70 EUR
14.	Chirogymnastik 1), - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	19,00 EUR

1) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von
mind. 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.

15.	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert 120 Min., je Behandlungstag	108,10 EUR
16.	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschnelle)	8,80 EUR
17.	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,80 EUR

III. Massagen

18a	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassagen;	18,20 EUR
18b	Bindegewebsmassage;	18,20 EUR
19.	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
19a	Teilbehandlung Richtwert: 30 Min.	25,70 EUR
19b	Großbehandlung Richtwert: 45 Min.	38,50 EUR
19c	Ganzbehandlung Richtwert: 60 Min	58,30 EUR
19d	Kompressionsbandagierung	12,40 EUR
20.	Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	30,50 EUR

IV. Bereich Palliativversorgung

21.	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Min.	66,00 EUR
-----	---	-----------

V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

22.	Heiße Rolle - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	13,60 EUR
23a	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
23a	1) bei Anwendung wiederverwertbarer Packungs- materialien (z. B. Paraffin, Moorparaffin, Pelose, Turbatherm)	15,60 EUR
23a	2) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	a) Teilpackung	36,20 EUR
	b) Großpackung	47,80 EUR
23b	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	19,70 EUR
23c	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder ähnlichem	10,20 EUR
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung einer Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 EUR
23d	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10 EUR
23e	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	6,10 EUR
23f	Trockenpackung	4,10 EUR
24a	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 EUR
24b	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 EUR
24c	Abkatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 EUR
25a	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	16,20 EUR
25b	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	26,40 EUR
26a	Wechsel-Teilbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	12,10 EUR
26b	Wechsel-Vollbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	17,60 EUR
27.	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,10 EUR
28a	Naturmoor-Teilbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	43,30 EUR
28b	Naturmoor-Vollbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	52,70 EUR
29.	Sandbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	
29a	Teilbad	37,90 EUR
29b	Vollbad	43,30 EUR

30.	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 EUR	X. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
31.	Medizinische Bad mit Zusatz		49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschl. Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80 EUR
31a	Hand- und Fußbad	8,80 EUR	50	Einzelbehandlung	
31b	Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 EUR	50a	bei motorischen Störungen, Richtwert 30 Min.	41,80 EUR
31c	Vollbad, Halbbad mit Zusatz		50b	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Min.	54,80 EUR
	- einschl. der erforderlichen Nachruhe -	24,40 EUR	50c	bei psychischen-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Min.	72,30 EUR
31d	bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 EUR	50d	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung	
32.	Gashaltige Bäder			Richtwert: 120 Min	128,20 EUR
32a	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,70 EUR	50e	als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
32b	Gashaltiges Bad mit Zusatz			aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,70 EUR		aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70 EUR
32c	Kohlendioxidbad (Kohlensäuregasbad)			bbb) bei sensomotorisch oder perzeptiven Störungen	54,40 EUR
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	27,70 EUR		bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70 EUR
32d	Radon-Bad		51	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung; Richtwert: 30 Min.	46,20 EUR
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	24,40 EUR	52	Gruppenbehandlung	
32e	Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10 EUR	52a	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Min je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00 EUR
VI. Kälte- und Wärmebehandlung			52b	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen; Richtwert 45 Min je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60 EUR
33a	Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie) (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	12,90 EUR	52c	bei psychisch - funktionellen Störungen	37,90 EUR
33b	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	12,90 EUR	52d	bei psychisch - funktionellen Störungen als Belastungserprobung	
33c	Eisteilbad	12,90 EUR		Richtwert 180 Min je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20 EUR
34.	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot) eines oder mehrere Körperteile	7,50 EUR	52e	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung Richtwert: 45 Min. je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60 EUR
VII. Elektrotherapie			XI. Sonstiges		
35.	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	11,90 EUR	53.	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 EUR
36.	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20 EUR	XII. Podologische Therapie ²⁾		
37.	gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	15,60 EUR	55.	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70 EUR
38.	Iontophorese	8,20 EUR	56.	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90 EUR
39.	Zwei- oder Vierzellenbad	14,90 EUR	57.	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10 EUR
40.	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	29,00 EUR	58.	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90 EUR
VIII. Lichttherapie			59.	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60 EUR
42.	Behandlung mit Ultraviolettlicht		60.	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70 EUR
42a	als Einzelbehandlung	3,10 EUR	61.	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00 EUR
42b	in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 EUR	62.	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	3,50 EUR
43a	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10 EUR	63.	Erstversorgung mit einer Federstahldrat-Orthonyxspange nach Ross Fraser einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60 EUR
43b	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 EUR	64.	Regulierung der Orthonyxspange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40 EUR
44.	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 EUR	65.	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxspange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80 EUR
45.	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 EUR	66.	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldrat-Orthonyxspange dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80 EUR
IX. Logopädie			67.	Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40 EUR
46	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00 EUR			
46a	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00 EUR			
46b	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	60,00 EUR			
46c	Ausführlicher Bericht	14,20 EUR			
47	Einzelbehandlung bei Atem-, Sprech-, Sprach- und Stimm-, Hör- und Schluckstörungen				
47a	Richtwert: 30 Min.	41,80 EUR			
47b	Richtwert: 45 Min.	59,00 EUR			
47c	Richtwert: 60 Min.	68,90 EUR			
47d	Richtwert: 90 Min.	103,40 EUR			
48	Gruppenbehandlung bei Atem-, Sprech-, Sprach- und Stimm-, Hör- und Schluckstörungen; je Teilnehmerin oder Teilnehmer				
48a	Kindergruppe Richtwert: 30 Min	34,60 EUR			
48b	Gruppe (2 bis 5 Personen) Richtwert: 45 Min	50,40 EUR			
48c	Gruppe (2 Personen) Richtwert: 90 Min	67,60 EUR			
48d	Gruppe (3 bis 5 Personen) Richtwert: 90 Min	56,10 EUR			

2) nur bei der Diagnose "diabetisches Fußsyndrom" erstattungsfähig

Vertragsgrundlage 413

Leistungsübersicht Behandlungspflege

Vorbemerkung: Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege) können von der AXA Krankenversicherung AG nur genehmigt werden, soweit sie weder vom Patienten selbst noch von in seinem Haushalt lebenden Personen durchgeführt werden können.

Leistungsgruppen der Behandlungspflege:

Leistungsgruppe 1:

- Blutdruckmessung
- Blutzuckermessung
- Inhalation
- Richten von Injektionen (auch Insulingabe)
- Auflegen von Kälteträgern
- Richten von ärztlich verordneten Medikamenten
- Medikamentengabe
- Augentropfen
- Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen (ab Kompressionsklasse II)

Leistungsgruppe 2:

- Versorgung bis zu zwei Dekubiti Grad 2
- Klistiere, Klyisma
- Flüssigkeitsbilanzierung
- SPK-Versorgung
- Medizinische Einreibungen
- Dermatologische Bäder
- PEG-Versorgung
- Stoma-Versorgung (nur bei krankhaften Veränderungen)
- Anziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen (ab Kompressionsklasse II)

Leistungsgruppe 3:

- Absaugen der oberen Luftwege, Bronchialtoilette
- Blasenspülung
- Versorgung von mehr als zwei Dekubiti Grad 2 (ohne ärztl. Angabe des Grades nur LG 2)
- Versorgung und Überprüfung von Drainagen
- Anhängen einer i.v. Infusion (z.B. parenterale Ernährung, auch über Port)
- Injektion i.m.
- Installation (nur im Rahmen eines akuten Krankheitsgeschehens)
- Katheterisierung, intermittierende Einmalkatheterisierung (Einlegen, Entfernen, Wechsel)
- Richten von ärztlich verordneten Medikamenten im Wochendispenser
- Wechsel und Pflege der Trachealkanüle
- Anlegen oder Wechseln von Wundverbänden (nicht Wundschnellverbände, Heftpflaster, Schutzverbände)
- Augenhöhlungsreinigung
- Anlegen oder Wechsel eines Kompressionsverbandes
- Anlegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden

Leistungsgruppe 4:

- Beatmungsgerät: Bedienung, Überwachung, Reinigung, Systemwechsel
- Versorgung eines Dekubitus Grad 3*
- Versorgung mehrerer Dekubiti Grad 3*
- Versorgung eines Dekubitus Grad 4*
- Versorgung mehrerer Dekubiti Grad 4*
- * (Fehlen auf der ärztlichen Verordnung die Angaben zum Stadium: nur LG 2)
- Einlauf, Hebe- und Senkeinlauf
- Digitales Enddarm-Ausräumen
- i.v.-Infusion: An-/Abhängen, Wechsel (z.B. parenterale Ernährung, Port)
- Legen und Wechseln einer Magensonde
- Pflege des zentralen Venenkatheters oder Portsystems

Pauschalen bei Vergütung von Leistungsgruppen

Pauschale für Leistungsgruppe 1 (Behandlungspflegen I)	8,50
Pauschale für Leistungsgruppe 2 (Behandlungspflegen I und II)	12,50
Pauschale für Leistungsgruppe 3 (Behandlungspflegen I bis III)	16,00
Pauschale für Leistungsgruppe 4 (Behandlungspflegen I bis IV)	19,00
Pauschale bei stundenweisem Einsatz im Rahmen der invasiven Beatmungspflege (inkl. aller Zuschläge/Pauschalen)	28,00
Pauschale bei stundenweisem Einsatz im Rahmen der Kinder-Behandlungspflege (inkl. aller Zuschläge/Pauschalen)(0-6 Jahre)	35,00

Leistungsbeschreibung bei Einzelmaßnahmen

Anlegen und Wechseln von Wundverbänden oder Kompressionsverbänden	4,10
Medikamentengabe	2,00
Einreibungen	2,60
Inhalationen	2,60
Blutdruckmessen	2,60
Blutzucker messen	2,20
Insulingabe, einmal täglich	3,70
Insulingabe, zweimal täglich	7,90
Infusionen, Überwachung von	7,90
Injektionen bis zu 2 je Besuch	3,70
Injektionen mehr als 2 je Besuch	5,40
Kompressionsstrümpfen, An- und Ausziehen von	4,10
Anlegen Kompressionsverbände einschließlich Wundversorgung beider Beine	6,30
Anlegen Kompressionsverbände einschließlich Wundversorgung zweites Bein	6,00
Wundverbände (einschließlich Dekubitusbehandlung und -versorgung)	6,30
Wundverbände 2. und 3. Stelle je	6,00
Wundverbände 4. bis 6. Stelle je	4,30
Wundverbände 7. bis 10. Stelle je	3,30
Magensonde, legen und wechseln einer und Überwachung der Lage	5,70
Stomawechsel/-Versorgung	5,70
Blasenspülung	3,20
Drainagen, Überwachung von	4,20
Einlauf	7,70
Digitale Enddarmausräumung	9,70
Katheterisierung	7,70
Absaugen (u.a. bei intubierten oder Tracheostoma-Patienten)	5,70
Beatmungsgerät überwachen und warten	7,70
Bronchialtoilette/Versorgung der Atemwege	7,00
Kanüle, Wechseln und Pflege der	7,70
Infusion i. V. nur Anhängen Ernährung	7,70
Infusion i. V. nur Abhängen Ernährung	7,70
Infusion i. V. Flüssigkeitssubstitution (Tagespauschale)	10,70
Infusion i. V. Ernährung (Tagespauschale)	28,00

Einsatzpauschale

Hausbesuchspauschale bei Kindern (0-6 Jahre)	1,70
Sonn- und Feiertagspauschale	2,20
Sonderpauschale (20:00 -- 6:00 Uhr)	1,10
Fahrtkostenpauschale	2,56
- ohne zeitgleicher Leistung von SGB XI	1,28
- mit zeitgleicher Leistung von SGB XI	1,28