

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Vision B-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% des Erstattungssatzes für ambulante Behandlung durch Ärzte.
- ✓ 100% des Erstattungssatzes für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker.
- ✓ 100% / 80% / 70% des Erstattungssatzes für ambulante Psychotherapie für die 1. - 30. / 31. - 60. / ab der 61. Sitzung.
- ✓ 100% des Erstattungssatzes für Sehhilfen, maximal 300 Euro / 100 Euro innerhalb von 3 Versicherungsjahren für Erwachsene und Jugendliche / Kinder.

Stationär:

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

Zahnärztlich:

- ✓ 100% des Erstattungssatzes für zahnärztliche Heilbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld
- ✗ Pflegekosten und Pfl egetagegeld



### 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:
  - ! 80% des Erstattungssatzes für Arzneimittel für die ersten 1.000 Euro je Versicherungsjahr.
  - ! Begrenzungen der Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie in den ersten 48 Monaten.



### 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: Vision B-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 Beihilfetragender 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 Beihilfetragender 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 Versicherungsfalls 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 Stempelauflage 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 Beitragzuschlag 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 Beitragzuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragzuschlags 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](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

# Vertragsgrundlage 047

Tarif: Vision B-U (VisB-U)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die  
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Seite 1 von 4

## Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Tarif und Erstattungssätze	Erstattungssatz		Tarif	Erstattungssatz	
	Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung	stationäre Behandlung		Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung	stationäre Behandlung
VisB 15-U	15 %	15 %	VisB 35-U	35 %	35 %
VisB 2015-U	20 %	15 %	VisB 4025-U	40 %	25 %
VisB 20-U	20 %	20 %	VisB 40-U	40 %	40 %
VisB 2515-U	25 %	15 %	VisB 4530-U	45 %	30 %
VisB 25-U	25 %	25 %	VisB 45-U	45 %	45 %
VisB 3015-U	30 %	15 %	VisB 5035-U	50 %	35 %
VisB 30-U	30 %	30 %	VisB 50-U	50 %	50 %
VisB 3520-U	35 %	20 %	VisB 50T-U	50 %	50 %
<b>A Leistungen des Versicherers</b>	Erstattungsfähige Aufwendungen werden entsprechend dem jeweils versicherten Prozentsatz erstattet.				
<b>B Erstattungsfähige Aufwendungen</b>	(1) Ambulante Heilbehandlung		Aufwendungen. 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 des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei:		
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung, außer Psychotherapie.			
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Beschränkung auf Altersgrenzen sowie für Schutzimpfungen.	80 %		- orthopädischen Schuhrichtungen/Schuh-einlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 22 Abs. 3 TB 2012 - Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostoma-artikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermess-geräte, Blutdruckmessgeräte; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbeding-ten Behandlung aus medizinischen Gründen un-mittelbar nach dem Unfall bezogen werden mus-sen. Die Unmittelbarkeit wird vom Versich-erer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker außer Psychotherapie.			
	80 %	des versicherten Prozentsatzes für Arznei- und Verbandsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr und versicherter Person; danach			
	100 %	des versicherten Prozentsatzes.			
		Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100 % der Kosten im Rahmen des entsprechenden tariflichen Erstat-tungssatzes für Arznei- und Verbandsmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt.			
		Für ambulante Psychotherapie wird je Versicherungsfall zu			
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für die 1. bis 30. Therapiesitzung,	100 %		des versicherten Prozentsatzes für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Ab dem 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,00 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100,00 Euro je Kalenderjahr.
	80 %	des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung,			
	70 %	des versicherten Prozentsatzes ab der 61. Therapiesitzung erstattet.			
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung).	100 %		des versicherten Prozentsatzes für Hörgeräte innerhalb von drei Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr.
	100 %	des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel gemäß Nr. 22 Abs.3 TB 2012 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfs-mittel unter Beachtung des individuellen, medi-zinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaft-lichkeit 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	100 %		des versicherten Prozentsatzes für operative Sehschärfenkorrektur (z.B. bei medizinisch notwendiger Lasik, Lasek, Linsenimplantate) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR je Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 10 Jahren.
			100 %		des versicherten Prozentsatzes für Heilmittel, höchstens jedoch bis zur Höhe der nach den Bei-hilferegelungen des Bundes beihilfefähigen Höchstätzen.
			100 %		des versicherten Prozentsatzes für Schwanger-schafts- und Rückbildungsgymnastik wie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.



**B Fortsetzung**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Sozialpädiatrie und Frühförderung.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Soziotherapie.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für häusliche Krankenpflege (bitte setzen Sie sich vor Inanspruchnahme der Leistung mit uns in Verbindung).
- 100 % des versicherten Prozentsatzes der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit sowie bei Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- 80 % des versicherten Prozentsatzes für Serienfahrten bei Strahlentherapie/ Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung. 100% bei Organisation durch den Versicherer.

**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 für Heilmittel nach den Beihilferegelungen des Bundes bleiben für digitale Gesundheitsanwendungen unberücksichtigt.

**Serviceleistungen:**

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.

**(2) stationäre Behandlung**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für stationäre Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die der privatärztlichen Behandlung und der gesondert berechenbaren Unterbringung. Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet, werden die Kosten der III. Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) der Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Nutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für einen Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für einen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Unfall oder Notfall.
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für allgemeine voll- und teilstationäre Hospizversorgung.

**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.

**(3) Rücktransport aus dem Ausland**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes  
Bei einem Auslandsaufenthalt werden die Aufwendungen die 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. Andernfalls 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.

**(4) Zahnärztliche Heilbehandlung**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für von Zahnärzten berechneten prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich professionelle Zahnreinigung, die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen;
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen;
- 100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme laut Heil- und Kostenplan den Betrag von 1.000,00 Euro übersteigt. Reicht der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

**Zahnersatz:**

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen.

**Implantate:**

- 100 % des versicherten Prozentsatzes für zwei Implantate pro Kiefer während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird, sofern sie wie folgt verwendet werden:
- zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;
  - zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
  - zur Fixierung einer Totalprothese.
- Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.





B Fortsetzung	<p>Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.</p> <p>Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen der oben genannten Leistungen zugerechnet (z. B. zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz), für die sie verordnet wurden.</p> <p>Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.</p> <p>Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für</li> <li>- Kieferorthopädie</li> </ul> <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig. Das jeweilige Behandlungsdatum ist für die Zuordnung zu den genannten Zeiträumen maßgeblich.</p>	<p>Die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen werden den Zeiträumen zugerechnet, in denen sie entstanden sind.</p> <p>Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahn-technische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste II aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p><b>Serviceleistung zahnärztliche Behandlung:</b> Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.</p> <p>(5) Weitere Leistungen der AVB Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p>
C Auszahlungsverfahren	<p>Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200,00 Euro übersteigen. Erreichen</p>	<p>die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.</p>
D Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls</p>	<p>in diesem Tarif mitversichert werden. Neben einer Versicherung in diesem Tarif kann eine Versicherung nach den Tarifreihen BN1 und BN2 weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden.</p>
E Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	<p>Es können nur Tarife gewählt werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgte Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Die Herabsetzung erfolgt rückwirkend zum Änderungszeitpunkt, wenn die Änderung dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung mitgeteilt wird. Ansonsten wird der Versicherungsschutz ab Zugang der Mitteilung herabgesetzt.</p> <p>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, nimmt der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vor.</p> <p>Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und</p>	<p>Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird,</li> <li>- für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und</li> <li>- der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen will, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung).</li> </ul> <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.</p> <p>Wird der Versicherer später informiert, wird der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöht. Im Übrigen gilt § 8 a Abs. 4 der MB/KK 2009.</p> <p>Die Versicherung in Tarif VisB 50T-U wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif VisB 30-U umgestellt, spätestens zum Ersten des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres (bis zum 31.03.2017 galt: bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres).</li> <li>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</li> </ol> </li> <li>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) die Ausbildung endet,</li> <li>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</li> <li>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</li> <li>d) das 39. Lebensjahr vollendet wird (bis zum 31.03.2017 galt: das 34. Lebensjahr vollendet wird).</li> </ol> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p>



F Fortsetzung	<p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, passt der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht an.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem</p>	<p>für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsaltes ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>
G Umwandlungsoption	<p><b>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</b></p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist.</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 diesen Tarif 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 in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Diese Option gilt nicht</p> <p>a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder</p> <p>b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100 % liegt.</p>	<p><b>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</b></p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;</p> <p>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.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p><b>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</b></p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>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.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
H Bonifikation	<p><b>1. Beitragsrückerstattung</b></p> <p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p>	<p><b>2. Verhaltensbonus</b></p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikation werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</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



## Sachkostenliste II für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

Informationen	1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahn-technischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen		des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.		
zur Sachkosten-			2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.		
liste					
lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *
	<b>Arbeitsvorbereitung / Modellherstellung</b>				
1	Modell ( aus Hartgips)	10,00	24	Auswerten eines Registrates	15,00
2	Sägemodell (Superhartgips)	18,00	25	Remontagemodell	30,00
3	Set-up-Modell	10,00	26	Split - cast	19,00
4	Modellpaar sockeln	24,00	27	Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00
5	Kontrollmodell	8,00	28	Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00
6	Set-up, je Segment	13,00	29	Farbauswahl	16,00
7	Frässockel	13,00	30	Kunststoffbasis für Zentrikregistrat	23,00
8	Zahnkranz	13,00	31	Basis aus Kunststoff	30,00
9	Angelieferten Zahnkranz sockeln	9,00	32	Individualisieren eines konfekt. Löffels	17,00
10	Stumpf aus Kunststoff / Frässtumpf	10,00	33	Individueller Funktionslöffel	37,00
11	Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	34	Bisswall aus Wachs	13,00
12	Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	35	Bisswall aus Kunststoff	20,00
13	Einzelstumpf doublieren	12,00	36	Registrierplatte und -stift für Basen	30,00
14	Ausblocken eines Stumpfes	4,00	37	Formteil für provisorische Versorgung	23,00
15	Stumpf reponieren	5,00	38	Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00
16	Indiv. Frontzahnführungsteller	22,00	39	Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00
17	Platzhalter	16,00	40	Gegossene Armierung für prov. Kronen / Brückenglied	53,00
18	Modell doublieren	16,00	41	Arbeiten unter Mikroskop	13,00
19	Fixator	13,00	42	Modellimplantat repositionieren	13,00
20	Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00	43	Implantatpfosten aufschrauben	10,00
21	Einstellen im individuellen Artikulator	23,00	43a	NEM-Zuschlag	14,00
22	Modellpaar trimmen	13,00			
23	Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00			
	<b>Festsitzende Zahnversorgungen</b>				
44	Angelieferte Modellation gießen	34,00	61	Inlay, einflächig, Metall	81,00
45	Stiftaufbau indirekt	55,00	62	Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
46	Wurzelstiftkappe	75,00	63	Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
47	Vollgusskrone	90,00	64	Onlay / Teilkrone Metall	99,00
48	Gnathologische Kaufläche in Keramik/Glas	35,00	65	Pinledge incl. angussfähigem Pin	91,00
49	Gnathologische Kaufläche in Metall / Gold	30,00	66	Galvanoinlay, einflächig	90,00
50	Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	67	Galvanoinlay, zweiflächig	96,00
51	Krone für Keramik- / Kunststoffverblendung	90,00	68	Galvanoinlay, drei- und mehrflächig	101,00
52	Mantelkrone Kunststoff	91,00	69	Galvanoteilkrone	84,00
53	Galvanokrone	79,00	70	Verblendung Keramik	106,00
54	Brückenglied massiv	64,00	71	Individuelles Charakterisieren, Keramik	30,00
55	Brückenglied für Keramik- / Kunststoffverblendung	61,00	72	Zahnfleisch / Wurzelpontic, Keramik	38,00
56	Galvanobrückenglied	63,00	72a	Zahnfleisch Polymer	23,00
57	Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	72b	Zahnfleisch Kunststoff	19,00
58	Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	72c	Wurzelpontic Kunststoff	25,00
59	Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00	73	Keramikschulter	39,00
60	Onlay / Teilkrone Kunststoff	86,00	74	Verblendung Kunststoff	78,00
			75	Krone oder Brückenglied für Klammer vorbereiten	12,00
			76	Krone usw. in vorhandenen Zahnersatz einarbeiten	18,00
			77	Auflage in/auf Krone	10,00
	<b>Vollkeramik</b>				
78	Vollkeramikkrone/-brückenglied zur Verblendung	174,00	81	Keramisches Inlay, drei- und mehrflächig	184,00
79	Keramisches Inlay, einflächig	122,00	82	Teilkrone Keramik	201,00
80	Keramisches Inlay, zweiflächig	159,00	83	Veneer Keramik	228,00
	<b>Verbindungselemente</b>				
84	Teleskopierende Krone primär	126,00	87	Individuelles Geschiebe / Rillen-Schulter-Geschiebe	
85	Teleskopierende Krone sekundär	144,00		primär oder individueller Riegel	
86	Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00		primär	120,00

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *
88	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00	94	Individuelles Steggeschiebe	72,00
89	Gefrästes Lager	61,00	95	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
90	Steg, individuell, Grundeinheit	49,00	96	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
91	Steg, individuell, Längeneinheit	18,00	97	Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
92	Steg, konfektioniert	82,00	98	Friktionsstift einarbeiten	48,00
93	Schubverteilungsarm	62,00	99	Federbolzen einarbeiten	48,00
			100	Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00
<b>Herausnehmbare Zahnversorgungen</b>					
101	Metallbasis	146,00	109	Gegossene Auflage	17,00
102	Metallbasis, Gitter gegossen	121,00	110	Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00
103	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00	111	Sonstige gebogene Haltevorrichtung	23,00
104	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00	112	Rückenschutzplatte	51,00
105	Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00	113	Metallzahn / Metallkaufäche	48,00
106	Bonwillklammer	47,00	114	Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
107	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00	115	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer	24,00
108	Fortlaufende Klammer	13,00	116	Lösungsknopf	17,00
			117	Individuelle Zahnfleischgestaltung	43,00
			118	Kragenfassung	14,00
<b>Metallverbindungen / Verbundsysteme</b>					
119	Lötung gleicher Legierungen	15,00	122	Lötung nach keramischen Brand	28,00
120	Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	123	Verklebung von Sekundärteilen	24,00
121	Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	124	Deckgold aufbrennen	10,00
			125	Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	17,00
<b>Kunststoff / Totalprothetik</b>					
126	Aufstellung Grundeinheit	48,00	134	Basis aus Weichkunststoff	80,00
127	Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	135	Netz einarbeiten	47,00
128	Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	136	Konfektionierten Verstärkungsbügel einarbeiten	47,00
129	Übertragung je Zahn, Metallbasis	7,00	137	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00
130	Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	138	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00
131	Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00	139	Reokkludieren einer Prothese	13,00
132	Fertigstellung Grundeinheit	76,00			
133	Fertigstellung je Zahn, Kunststoff / Metallbasis	6,00			
<b>Schienen / Defektversorgung</b>					
140	Miniplastschiene	76,00	143	Adjustierte Aufbisschiene	177,00
141	Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00	144	Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00
142	Knirscherschiene, Bissführungsplatte, semipermanente Schiene	137,00	145	Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00
			146	Verband- oder Verschlussplatte	76,00
<b>Implantatprothetik</b>					
147	Implantatschablone	45,00	152	Drehsicherungsstop	18,00
148	Parallelbohrschablone	59,00	153	Implantataufbau für Keramikverblendung	103,00
149	Röntgen Kugeln positionieren	3,00	154	Implantataufbau Vollguß	91,00
150	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	51,00	155	Implantataufbau für Stegversorgung	91,00
151	Verschraubung / Verbolzen bei Implantaten	38,00	155a	Divergenz-Ausgleichskrone	92,00
<b>Instandsetzung Zahnersatz</b>					
156	Teilunterfütterung	48,00	161	Riss / Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00
157	Vollständige Unterfütterung	83,00	162	Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
158	Basis erneuern	101,00	163	Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
159	Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00	164	Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00
160	Sprung / Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00	165	Prothese / Krone / Brückenglied säubern und polieren	23,00
			166	Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00
<b>Kieferorthopädie</b>					
167	Basis Einzelkiefergerät	57,00	182	Feder, geschlossen	12,00
168	Basis bimaxilläres Gerät	120,00	183	Verbindungselement / intramaxillär	25,00
169	Schiefe Ebene	47,00	184	Verbindungs- oder Führungselement / intermaxillär	26,00
170	Vorhofplatte	63,00	185	Verankerungselement	24,00
171	Kinnkappe	57,00	186	Einzelelement einarbeiten	12,00
172	Aufbiss	17,00	187	Metallverbindung (KFO)	17,00
173	Abschirmelement	20,00	188	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
174	Weichkunststoff (KFO)	53,00	189	Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
175	Schraube einarbeiten	17,00	190	Grundeinheit / Instandsetzung KFO	19,00
176	Spezialschraube einarbeiten	26,00	191	Leistungseinheit Dehn- / Regulierungselement	8,00
177	Trennen einer Basis	7,00			
178	Labialbogen	23,00	192	Remontieren KFO - Gerät	51,00
179	Labialbogen modifiziert	28,00			
180	Labialbogen intermaxillär	33,00			
181	Feder, offen	10,00			

\* jeweils zuzüglich der gesetzlichen MwSt.

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

### Leistungsbeschreibung bei Einzelmaßnahmen

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

### Einsatzpauschale

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