

Fachinhalte KV

Ihr Ansprechpartner:

Stephan Curt
CV – Curt versichert® GmbH
Altenburger Str. 9, 04275 Leipzig
Telefon: 0341 978574-10
E-Mail: cv@curt-versichert.de

1. Geltungsbereich

1. Aufenthalt außerhalb Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Voraussetzung

Nach den MB/KK 2009 endet das Versicherungsverhältnis bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR.

Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) umfasst die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, die Slowakei, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Ungarn und Zypern), ferner Island, Liechtenstein und Norwegen. (*Auswärtiges Amt, Stand 2024*)

Achtung: Da nicht eindeutig definiert ist, was unter „gewöhnlichem Aufenthalt“ zu verstehen ist, könnte der Versicherer bereits einen Aufenthalt in Australien von z.B. 4 Monaten als gewöhnlichen Aufenthalt ansehen, das Vertragsverhältnis würde nach § 15.3 MB/KK 2009 enden.

Es gibt jedoch Tarife, bei denen eine rechtssichere Formulierung in den AVB vorhanden ist und der Versicherungsschutz bestehen bleibt, und zwar

- grundsätzlich (wenn eine besondere Vereinbarung mit dem Versicherer getroffen wurde, zu der sich der Versicherer verpflichtet),
- wenn eine Postanschrift und Kontoverbindung in Deutschland bestehen oder
- wenn sich ein Wohnsitz im EWR befindet.

Verlegung des Wohnsitzes / gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR

Nach den MB/KK 2009 endet das Versicherungsverhältnis bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR.

Achtung: Da nicht eindeutig definiert ist, was unter „gewöhnlichem Aufenthalt“ zu verstehen ist, könnte der Versicherer bereits einen Aufenthalt in Australien von z.B. 4 Monaten als gewöhnlichen Aufenthalt ansehen, das Vertragsverhältnis würde nach § 15.3 MB/KK 2009 enden.

Es ist daher wichtig zunächst einmal die Voraussetzungen zu definieren - siehe oben.

Bei einigen Tarifen ist eine Fortführung des Versicherungsverhältnisses auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR möglich, und zwar bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes weltweit, innerhalb Europas oder bei Verlegung in die Schweiz.

2. Erweiterung Zielgebiete nur für vorübergehende Aufenthalte

Dauer des Versicherungsschutzes

Nach den MB/KK erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes besteht auch im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.

Der Versicherungsschutz kann über einen Monat hinaus ausgedehnt werden. Sie haben die Auswahl unter verschiedenen zeitlichen Begrenzungen oder zeitlich unbegrenztem Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz sollte nicht auf vorübergehende Aufenthalte begrenzt sein, da nicht festgelegt ist, was unter vorübergehend zu verstehen ist.

Einige Tarife sehen vor, dass zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz nur dann besteht, wenn sich der Wohnsitz in

Deutschland befindet. Das ist besonders für Personen wichtig, die nicht ausschließen können, ihren Lebensabend im Ausland zu verbringen.

Ebenso sollte die Dauer nicht vom Bestehen bestimmter Vertragsteile beim selben Versicherer (Pflegepflichtversicherung und stationäre Wahlleistungen) abhängig sein.

Ist der Versicherungsschutz beschränkt auf akut eingetretene Erkrankungen und nicht planbare Heilbehandlung, sind bereits bestehende Erkrankungen (z.B. Diabetes), die im Ausland behandelt werden müssten, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Das Versicherungsverhältnis endet jedoch nach den MB/KK 2009 **bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR.**

Achtung: Da nicht eindeutig definiert ist, was unter „gewöhnlichem Aufenthalt“ zu verstehen ist, könnte der Versicherer bereits einen Aufenthalt in Australien von z.B. 4 Monaten als gewöhnlichen Aufenthalt ansehen, das Vertragsverhältnis würde nach § 15.3 MB/KK 2009 enden.

Es ist wichtig zunächst einmal die Voraussetzung zu definieren.

Vorversicherungszeit

In einigen Tarifen gibt es die Formulierung, dass der Versicherungsschutz außerhalb Europas besteht, jedoch eine Versicherungszeit beim Versicherer (Vorversicherungszeit) erfüllt sein muss. Bei diesen Tarifen ist darauf aufmerksam zu machen, dass bis zum Ablauf der Versicherungszeit (z.B. 12 Monate) Versicherungsschutz in Europa besteht.

Rückreisefrist

Nach den MB/KK 2009 besteht über 1 Monat eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes hinaus, längstens für weitere 2 Monate Versicherungsschutz (also insgesamt für maximal 3 Monate nach MB/KK 2009), wenn die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Ist die Dauer des Versicherungsschutzes zeitlich begrenzt und erkrankt die versicherte Person, besteht bei Tarifen ohne Rückreisefrist über die Geltungsdauer hinaus Versicherungsschutz, solange bis die versicherte Person rückreisefähig ist.

3. Krieg, Bürgerkrieg, Innere Unruhen und Terror

Unfallfolgen und Krankheiten durch Kriegs(folge)ereignisse

Für Krankheiten und Unfallfolgen, die durch Kriegereignisse verursacht wurden, besteht kein Versicherungsschutz.

Einige Tarife sehen hierfür Leistungen vor. Einige Tarife bieten den Versicherungsschutz nur außerhalb Europas, andere auch innerhalb Europas (außer in Deutschland).

Leistungen für Kriegs- und Kriegsfolgeereignisse sind meist von bestimmten Voraussetzungen abhängig. Insbesondere sehen viele Tarife vor, dass Versicherungsschutz nur dann besteht, wenn der Kriegseintritt überraschend ist (z. B. keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes).

Häufig wird gefordert, dass die versicherte Person das entsprechende Land innerhalb einer bestimmten Frist (z. B. unverzüglich) verlässt.

Einige Tarife sehen lediglich eine Leistung für Kriegsfolgeereignisse vor (z. B. liegengebliebene Landmine).

Unfallfolgen und Krankheiten durch Terrorereignisse

Nach den MB/KK besteht kein Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfallfolgen, die durch Kriegereignisse verursacht wurden. Entscheidend für den Versicherer "... ist das Vorliegen der typischen Risikoerhöhung, also das Bestehen eines tatsächlichen kriegsmäßigen Gewaltzustandes." (Bach/Moser, 3. Auflage, S. 280)

Demnach wären auch Unfallfolgen und Krankheiten durch Terrorereignisse nicht versichert.

Einige Tarife schließen den Versicherungsschutz ein und zwar weltweit, außerhalb Deutschlands bzw. außerhalb Europas.

2. Honorarerstattung für ärztliche Leistungen

1. Honorarerstattung in Deutschland

Grundsätzlich gibt es keine Regelung in den Musterbedingungen hinsichtlich der Honorarerstattung.

Den meisten privat(-zahn-)ärztlichen Rechnungen liegt der Regelhöchstsatz sowie Höchstsatz zugrunde.

Damit werden im Durchschnitt Gebühren berechnet, die deutlich höher sind wie die Gebühren zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen.

Der Regelhöchstsatz (2,3fache der GOÄ/GOZ) darf in bestimmten Fällen bis zum 3,5fachen (Höchstsatz) überschritten werden. Hierbei müssen die erbrachten Leistungen hinsichtlich Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie der Umstände bei der Ausführung deutlich vom Regelfall abweichen. Außerdem ist dies schriftlich zu begründen und auf Verlangen näher zu erläutern.

Die Gebühren und Steigerungssätze der GOÄ/GOZ sind verbindlich. Jedoch hat der Arzt grundsätzlich die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten. Die hierfür erforderliche, abweichende Vereinbarung (Honorarvereinbarung) ist vom Arzt mit dem Patienten zu treffen; und zwar schriftlich und bevor die Leistung erbracht wird. Eine derartige Vereinbarung muss die Feststellung enthalten, dass Kostenträger, wie z.B. die private Krankenversicherung, die Vergütung möglicherweise nicht in vollem Umfang erstatten. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Eine nähere (zahn-)medizinische Begründung für die höhere Vergütung kann vom Patienten verlangt werden.

Einige Tarife sehen die Erstattung unterhalb der Regelhöchstsätze, also z.B. bis zum 1,8 oder 2fachen Satz der GOÄ/GOZ vor. Das sind in der Regel sehr kostengünstige Tarife. Tarife mit Erstattungen bis zum Höchstsatz bzw. über dem Höchstsatz (bei schwierigen Behandlungen oder Behandlungen durch Spezialisten) reichen in Deutschland häufig aus, da die Ärzte in Deutschland an die GOÄ/GOZ gebunden sind.

2. Honorarerstattung außerhalb Deutschlands

Grundsätzlich gibt es keine Regelung in den MB/KK 2009 hinsichtlich der Honorarerstattung.

Der Regelhöchstsatz (2,3fache der GOÄ/GOZ) darf in bestimmten Fällen bis zum 3,5fachen (Höchstsatz) überschritten werden. Hierbei müssen die erbrachten Leistungen hinsichtlich Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie der Umstände bei der Ausführung deutlich vom Regelfall abweichen. Außerdem ist dies schriftlich zu begründen und auf Verlangen näher zu erläutern.

Die Gebühren und Steigerungssätze der GOÄ/GOZ sind verbindlich. Jedoch hat der Arzt grundsätzlich die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten. Die hierfür erforderliche, abweichende Vereinbarung (Honorarvereinbarung) ist vom Arzt mit dem Patienten zu treffen; und zwar schriftlich und bevor die Leistung erbracht wird. Eine derartige Vereinbarung muss die Feststellung enthalten, dass Kostenträger, wie z.B. die private Krankenversicherung, die Vergütung möglicherweise nicht in vollem Umfang erstatten. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Eine nähere zahnmedizinische Begründung für die höhere Vergütung kann vom Patienten verlangt werden.

Einige Tarife sehen die Erstattung unterhalb der Regelhöchstsätze, also z.B. bis zum 1,8 oder 2fachen Satz der GOÄ/GOZ vor. Das sind in der Regel sehr kostengünstige Tarife. In vielen Tarifen gibt es die Regelung, dass im Ausland die Kosten nach GOÄ/GOZ erstattet werden. Dies kann zu Leistungskürzungen führen, da im Ausland deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung finden.

Auslandsreisen

In einigen Tarifen ist geregelt, dass im Ausland die Erstattung zu ortsüblichen/landesüblichen Preisen erfolgt - ohne jedoch die "Ortsüblichkeit aus Sicht des Versicherers in Bezug auf den zugrunde gelegten medizinischen Standard (Hightech-Medizin oder Durchschnitt)" zu definieren. Es können dann bei der Erstattung die durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Region zugrunde gelegt werden. In diesen Fällen sollte darauf hingewiesen werden, dass mit einer Leistungskürzung zu rechnen ist, wenn die vom Behandler in Rechnung gestellten Leistungen über den orts-/landesüblichen Preisen liegen.

Einige Tarife haben keine Bindung an die deutsche GOÄ/GOZ im Ausland und verweisen nicht auf ortsübliche/landesübliche Sätze. Die Erstattung der ärztlichen Leistungen erfolgt dann unter Berücksichtigung der Herabsetzungsbefugnis.

Einschränkungen in der Erstattung können dann entstehen, wenn tariflich eine prozentuale (z.B. 60%) oder preisliche (z.B. max. 330,00 EUR je Verweiltage im Krankenhaus) Begrenzung vorhanden ist.

Längerer (gewöhnlicher) Aufenthalt im EWR:

Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) umfasst die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, die Slowakei, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Ungarn und Zypern), ferner Island, Liechtenstein und Norwegen. (Auswärtiges Amt, Stand 2024)

2008 wurde in die MB/KK aufgenommen, dass bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb des EWR der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen

hätte. Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um ärztliche Leistungen (Abrechnung nach GOÄ/GOZ) oder sonstige Leistungen, z.B. Heil- und Hilfsmittel handelt. Da nicht eindeutig definiert ist, was unter „gewöhnlichem Aufenthalt“ zu verstehen ist, könnte der Versicherer einen Aufenthalt von z.B. 5 Monaten bereits als gewöhnlichen Aufenthalt ansehen und die Leistungen entsprechend kürzen.

Einige Tarife sehen vor, dass bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in andere Länder des EWR die Erstattung im tariflichen Umfang erfolgt. Dies ist für den Versicherten dann vorteilhaft, wenn auch die Honorarerstattung im EWR nicht an die GOÄ / GOZ gebunden ist, da anderenfalls eine Kürzung bei den Honoraren erfolgen würde.

Weitere Erläuterungen dazu finden Sie im Punkt 1.1

Längerer (gewöhnlicher) Aufenthalt außerhalb des EWR im versicherten Zielgebiet (siehe Auslandsaufenthalte)

Nach den MB/KK 2009 endet das Versicherungsverhältnis bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR.

In Tarifen, die diese Regelung haben, spielt dann die Honorarerstattung keine Rolle.

Bei einigen Tarifen ist eine Fortführung des Versicherungsverhältnisses auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb des EWR möglich, und zwar bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes weltweit, innerhalb Europas, innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes und / oder der Schweiz.

Unangemessenheit (Herabsetzungsbefugnis)

Die „Preisliche Herabsetzung“, die bislang von 5 Versicherern angewandt wurde, ist nun AVB-Standard. D.h., dass jeder Versicherer berechtigt ist, Leistungen zu kürzen, wenn sie das medizinisch notwendige Maß übersteigen und wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Einige Tarife wenden diese Regelung bei Behandlungen im Ausland nicht an.

3. Ambulante Behandlerwahl

1. Ambulante Arztwahl

Privatpatienten haben bei der ambulanten Versorgung **freie Arztwahl** unter den niedergelassenen approbierten Ärzten.

Beim **Primärarztprinzip** können zur Erstbehandlung nur bestimmte, in den Bedingungen genannte, Fachärzte konsultiert werden (z.B. Facharzt für Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde, Augenheilkunde).

Beim **Hausarztprinzip** können zur Erstbehandlung nur bestimmte, in den Bedingungen genannte, Fachärzte konsultiert werden (z.B. Facharzt für Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde, Augenheilkunde). Dem Versicherer ist der Hausarzt (Allgemeinmediziner) namentlich zu benennen.

Wird beim Primär-/ Hausarztprinzip direkt ein anderer Facharzt konsultiert, kann der Versicherer seine Leistungen kürzen.

2. Wahl besonderer Versorgungseinrichtungen

Grundsätzlich sind gemäß MB/KK Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus versichert.

Sofern auch Versicherungsschutz für Behandler in anderen Rechtsformen wie z. B. Krankenhausambulanzen oder Medizinischen Versorgungszentren bestehen soll, muss dies in den Versicherungsbedingungen geregelt sein.

3. Heilpraktikerleistungen

Nach den Musterbedingungen ist die Erstattung für Heilpraktikerleistungen nicht eingeschränkt.

In vielen Tarifen wird der Leistungsumfang jedoch begrenzt. In einigen Tarifen sind Erstattungen für Behandlung durch den Heilpraktiker ausgeschlossen.

4. Arzneimittel und künstliche Ernährung

1. Arzneimittel

Gemäß MB/KK sind Arzneimittel versichert. Einige Tarife beschränken den Erstattungsumfang jedoch. Neben Eigenbeteiligungen gibt es auch Einschränkungen auf die Art der versicherten Arzneimittel. So erstatten manche Tarife lediglich die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente oder reduzieren die Erstattungshöhe, wenn vorhandene

Generika nicht genutzt werden.

Als Generika bezeichnet man ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikaments ist. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich enthaltenen Hilfsstoffe und Herstellungstechnologie unterscheiden. Generika sind preisgünstiger als das Arzneimittel des Erstanbieters, da keine Forschungskosten anfallen.

2. Präparate / Mittel zur künstlichen Ernährung

Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung sind medikamentenähnliche Nährstoffe, d.h. sie enthalten notwendige Eiweiße, Kohlenhydrate, Fette, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente in optimaler Zusammensetzung, die für den Versicherten lebensnotwendig sind.

Nach MB/KK sind grundsätzlich Arzneimittel versichert. Dazu gehören keine Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung. Künstliche Ernährung ist der Oberbegriff für Enterale und parenterale Ernährung.

Bei der **Enteralen Ernährung** werden die Nährstoffe entweder als Trink- oder Sondennahrung über den Magen-Darm-Trakt durch den Mund oder mit Hilfe einer Sonde zugeführt. Zur Enteralen Ernährung gehören u.a. Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate. Dies sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, die nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet sind.

Als Trinknahrung bezeichnet man „Elementardiäten zur Therapie bei bestimmten Erkrankungen, d.h. Trinknahrung mit Gemischen von Nahrungsgrundbausteinen (Proteine, Aminosäuren, Kohlenhydrate, Fette, Mineralstoffe, Spurenelemente und Vitamine) die zur Ernährung bei bestimmten Erkrankungen als einzige Nahrungsquelle geeignet sind.

Auf Enterale Ernährung können beispielsweise Patienten angewiesen sein, die nach einem Schlaganfall unter hochgradigen Schluckstörungen leiden – hier ist Sondennahrung angezeigt – oder Menschen mit Stoffwechselerkrankungen, wie etwa Säuglinge mit einer Kuhmilch-Eiweißallergie, die eine entsprechende Trinknahrung benötigen. Weitere Indikationen der enteralen Ernährung sind z.B. Multiple Sklerose, Kurzdarmsyndrom, Gesichtsfrakturen, Operationen im ZMK-Bereich oder Morbus Crohn.

Parenterale Ernährung führt dem Körper die Nährstoffe in einer Infusionslösung direkt über einen Venenkatheter zu.

Bitte beachten Sie, ob auch die Geräte zur künstlichen Ernährung versichert sind.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

5. Heilmittel

1. Physiotherapie

Physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E der GOÄ sind Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.

Viele Tarife sehen Einschränkungen beim Leistungsumfang vor. Der tarifliche Leistungsumfang soll keine Begrenzung in der Anzahl von Behandlungen (Anwendungen) bzw. Verordnungen haben.

Der Versicherungsschutz soll keine preislichen Einschränkungen vorsehen (wie z. B. ein Preisverzeichnis, preisliche oder prozentuale Begrenzung).

Die GOÄ hat nur für die ärztliche Behandlung, nicht aber für die Behandlung z.B. durch Physiotherapeuten Geltung. Diese können ihre Preise selbst bestimmen. Ist die Kostenerstattung eingeschränkt, kann es auch hier zu ungewollten Eigenbeteiligungen kommen.

2. Logopädie

Logopädische Behandlung ist nur dann versichert, wenn sie auch in den Bedingungen genannt ist. Dadurch können Beeinträchtigungen der Sprache durch Erkrankungen wie z.B. Entzündungen, Karzinome oder Lähmungen im Bereich des Stimmapparates ausgeglichen werden. Der Versicherungsschutz soll keine preislichen Einschränkungen vorsehen (wie z. B. ein Preisverzeichnis, preisliche oder prozentuale Begrenzung).

3. Ergotherapie

Ergotherapeutische Behandlung ist nur dann versichert, wenn sie auch in den Bedingungen genannt ist. Sie kann bei den verschiedensten Krankheitsbildern eingesetzt werden, z.B. bei Amputationen, Multipler Sklerose, geistigen Behinderungen, aber auch bei psychischen Erkrankungen. Der Versicherungsschutz soll keine preislichen Einschränkungen vorsehen (wie z. B. ein Preisverzeichnis, preisliche oder prozentuale Begrenzung).

4. Podologie

Podologie ist nur dann versichert, wenn sie auch in den Bedingungen genannt ist. Sie umfasst präventive und kurative therapeutische Maßnahmen rund um den Fuß. Podologen sind aufgrund des Podologengesetzes (PodG) als medizinischer Fachberuf und nichtärztlicher Heilberuf definiert. Der Versicherungsschutz soll keine preislichen Einschränkungen vorsehen (wie z. B. ein Preisverzeichnis, preisliche oder prozentuale Begrenzung).

5. Nichtärztliche Behandler (Angehörige staatlich anerkannter Gesundheitsfach- / Heilhilfsberufe)

Grundsätzlich ist die Behandlung durch niedergelassene approbierte Ärzte versichert.

Soll die Behandlung auch durch Logopäden, Ergotherapeuten oder andere Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe (z.B. Physiotherapeuten, Masseur) versichert sein, so sollte dies auch in den Versicherungsbedingungen verankert sein.

6. Ernährungstherapie

Ernährungstherapie ist als Heilmittel in der Bundesbeihilfeverordnung aufgeführt. Sie wird verordnet, wenn krankheitsbedingt eine Ernährungsumstellung notwendig ist, z.B. bei Diabetes, Krebserkrankungen oder bestimmten Stoffwechselerkrankungen.

Damit Ernährungstherapie als Heilmittel versichert ist, muss sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs aufgelistet sein oder der Tarif muss Heilmittel nach der Bundesbeihilfeverordnung versichern. Im Rahmen einer offenen Formulierung bezüglich der Heilmittel ist Ernährungstherapie auch mitversichert. Ernährungstherapie oder Ernährungsberatung bei Allergien im Rahmen von naturheilkundlichen Verfahren gilt nicht als Ernährungstherapie im Rahmen der Heilmittel.

Einschränkungen bei der Ernährungstherapie sind Limitierungen der Anzahl der Behandlungen / Verordnungen, prozentuale Limitierungen sowie Begrenzungen auf Preisverzeichnisse. Ein Anbieter erstattet Ernährungstherapie zudem nur bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und fordert eine vorherige Zusage.

Nach Verordnung kann Ernährungstherapie durch Diätassistenten als Angehörige staatlicher anerkannter Heilhilfsberufe erbracht werden. Verwendet ein Anbieter eine offene Formulierung bezüglich der Angehörigen staatlich anerkannter Heilhilfsberufe und ist Ernährungstherapie versichert, ist auch der Diätassistent mitversichert. Außerdem kann Ernährungstherapie durch Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler (Hochschulabschlüsse) erbracht werden. Damit diese mitversichert sind, müssen sie explizit in den Bedingungen genannt werden.

6. Hilfsmittel

1. Lebenserhaltende Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Unter *künstlicher Ernährung* versteht man die Ernährung eines Patienten, der nichts essen kann, darf oder will, unter Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln. Indikationen der künstlichen Ernährung sind z.B. tumorbedingte Abmagerung (Kachexie), Entzündungen des Darmtraktes nach Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie oder Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes wie Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse etc.

Geräte zur künstlichen Ernährung sind wichtig für die Zufuhr der Nahrungsmittel. Das erfolgt z.B. über Ernährungspumpen oder Sonden.

Bitte beachten Sie, ob auch die Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung (s. Punkt 10.6) versichert sind.

Bei der *Dialysebehandlung* handelt es sich um die „Blutwäsche“. Diese wird bei Niereninsuffizienz notwendig. Die Dialysebehandlung als solches kann auch beim Arzt durchgeführt werden. Mit einem Heimdialysegerät kann die Behandlung dann auch in den eigenen vier Wänden stattfinden.

Atemüberwachungsmonitore werden zu Hause z. B. bei Kleinkindern, die gefährdet sind am plötzlichen Kindstod zu sterben, eingesetzt.

Sauerstoffkonzentratoren, -geräte, Beatmungsgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung: Diese Gerätschaften kommen da zum Einsatz, wo eine eigenständige Sauerstoffversorgung aufgrund mangelnder Fähigkeit der Lunge nicht möglich ist.

Davon abzugrenzen ist das *Schlafapnoegerät*. Mit Hilfe dieses Gerätes werden während der Schlafzeit die Atemwege durch einen Überdruck offen gehalten und somit Atemstillstand und Schnarchen verhindert.

Der Begriff *Stoma* bezeichnet einen künstlichen Körperausgang (z. B. künstlicher Darm- oder Blasenausgang). Zur Versorgung eines solchen künstlichen Körperausgangs werden verschiedene Bedarfsartikel benötigt. Hierfür fallen also kontinuierliche Kosten an. Einige Versicherer führen Stoma-Versorgungsartikel auch bei „sanitären Bedarfsartikeln“ auf.

Tarife mit einer offenen Formulierung beschränken sich nicht auf eine Aufzählung der versicherten Hilfsmittel. Somit sind auch durch medizinischen Fortschritt neu hinzu kommende Hilfsmittel versichert.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn das Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität des Hilfsmittels und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

2. Körperersatzstücke

Welche Hilfsmittel versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Kunstglieder werden bei Verlust eines Armes/Beines eingesetzt.

Brustprothesen werden bei Verlust einer Brust eingesetzt.

Kunstaugen werden bei Verlust eines Auges eingesetzt.

Epithesen sind Prothesen, die zum „kosmetischen Ausgleich“ dienen, aber keine Funktion ersetzen können, z.B. eine „künstliche Gesichtshälfte“ bei starken Verbrennungen.

Haarersatz kann z.B. dazu dienen um Verbrennungsnarben zu verbergen.

Tarife mit einer offenen Formulierung beschränken sich nicht auf eine Aufzählung der versicherten Hilfsmittel. Somit sind auch durch medizinischen Fortschritt neu hinzu kommende Hilfsmittel versichert.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn das Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität des Hilfsmittels und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

3. Krankenfahrstühle

Welche Hilfsmittel versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Jede Art von *Krankenfahrstühlen* soll versichert sein, also sowohl der handbetriebene Standardkrankenfahrstuhl als auch der sprachgesteuerte Elektrofahrstuhl.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn das Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität des Hilfsmittels und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

4. Orthopädische Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Zu den *Orthopädischen Hilfsmitteln* gehören Geh- und Stützapparate, Orthopädische Schuhe und Einlagen. Es sollen alle orthopädischen Hilfsmittel versichert sein.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn das Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität des Hilfsmittels und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

5. Sonstige Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Ein *Blinderhund* kann den Alltag eines erblindeten Menschen erheblich vereinfachen. Die Anschaffung eines Blindenhundes (inkl. Ausbildung) ist sehr teuer.

Hörgeräte können je nach Art der Hörschädigung sehr teuer sein.

Der *künstliche Kehlkopf* ermöglicht es den Betroffenen nach Entfernung des Eigenen wieder sprechen zu können, z.B. bei Kehlkopfkrebs.

Tarife mit einer offenen Formulierung beschränken sich nicht auf eine Aufzählung der versicherten Hilfsmittel. Somit sind auch durch medizinischen Fortschritt neu hinzu kommende Hilfsmittel versichert.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Hilfsmittel nur erstattet werden, wenn das Hilfsmittel gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität des Hilfsmittels und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

6. Therapiegeräte und hilfsmittelähnliche Leistungen

Welche Therapiegeräte versichert sind, ergibt sich aus dem Tarif.

Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Im Unterschied zu den Hilfsmitteln ist der Einsatz von Therapiegeräten auf die Heilung oder Verbesserung des Zustandes des Patienten ausgelegt. Regelungen zu Therapiegeräten finden sich in den MB/KK nicht.

Zu den Therapiegeräten zählen unter anderem:

- TENS-Gerät
- Lichttherapielampe
- Motorbewegungsschiene
- Infrarot-Strahler

Tarife mit einer offenen Formulierung beschränken sich nicht auf eine Aufzählung der versicherten Therapiegeräte. Somit sind auch durch medizinischen Fortschritt neu hinzu kommende Therapiegeräte versichert.

Einige Tarife sehen vor, dass die Kosten für Therapiegeräte nur erstattet werden, wenn das Therapiegerät gemietet oder über den Versicherer bezogen wird. Das führt in der Regel zu keiner Einschränkung in der Qualität und dient dazu, die Beiträge stabil zu halten.

Folgende *Einschränkungen* können für Leistungen bestehen:

- Limitierung auf Häufigkeit der Erstattung, wie z.B. jährlich
- Prozentuale Limitierungen (Eigenbeteiligung, eventuell begrenzt)
- Preisliche Limitierungen (z.B. Erstattung ist auf einen Höchstbetrag begrenzt)
- Limitierung auf Art der Ausführung, wie z.B. einfache Ausführung

7. Gebärdensprachdolmetscher als Kommunikationshilfe (nach KHV, JVEG)

Als Kommunikationshilfen gelten Dolmetscher für die Gebärdensprache, für lautsprachbegleitende Gebärden, Schriftdolmetscher, Simultanschriftdolmetscher sowie Oraldolmetscher.

Regelungen zur Inanspruchnahme einer Kommunikationshilfe finden sich in den MB/KK nicht.

8. Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)

Die Erstattung von Sehhilfen wird sehr individuell geregelt.

In der Tarifanalyse wird die Kostenerstattung für Brillengläser und Kontaktlinsen betrachtet, die für Brillengestelle dagegen nicht.

9. Operative Korrekturen von Fehlsichtigkeit (z.B. LASIK): Leistungen bis -2,75 Dioptrien

Zur Erstattungsfähigkeit der Kosten einer Lasik-Operation an den Augen in der privaten Krankenversicherung Urteil vom 29. März 2017 - IV ZR 533/15

*Der u.a. für das Versicherungsvertragsrecht zuständige IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat entschieden, dass eine Fehlsichtigkeit auf beiden Augen **von -3 bzw. -2,75 Dioptrien** eine Krankheit im Sinne von § 1 Abs. 2 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung darstellt und der private Krankenversicherer deshalb bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen auch die Kosten einer Lasik-Operation zur Beseitigung dieser Fehlsichtigkeit tragen muss. (...)*

In § 1 Abs. 2 der dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die insoweit den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) entsprechen, heißt es:

"Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (...)."

(...)Der Bundesgerichtshof hat demgegenüber klargestellt, dass es für den Krankheitsbegriff in Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht auf das Verständnis in medizinischen Fachkreisen, sondern auf das Verständnis eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers ankommt, der davon ausgehen wird, dass zum Normalzustand der Sehfähigkeit ein beschwerdefreies Lesen und eine gefahrenfreie Teilnahme am Straßenverkehr gehört; er wird das

Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit annehmen, wenn bei ihm eine nicht nur ganz geringfügige Beeinträchtigung dieser körperlichen Normalfunktion vorliegt, die ohne Korrektur ein beschwerdefreies Sehen nicht ermöglicht. Die Korrekturbedürftigkeit der bei der Klägerin vorliegenden Kurzsichtigkeit und die medizinische Indikation für deren Behandlung hatte auch der Sachverständige im Streitfall bejaht. (...)

Er hat dabei zugleich darauf hingewiesen, dass diese Notwendigkeit bei der gegebenen Bedingungslage nicht allein wegen der Üblichkeit des Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen verneint werden kann. Dies hat er damit begründet, dass das Tragen einer Sehhilfe in Bezug auf die Fehlsichtigkeit keine Heilbehandlung darstellt, Brillen und Kontaktlinsen vielmehr lediglich Hilfsmittel sind, mit denen körperliche Defekte über einen längeren Zeitraum ausgeglichen werden, und die vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer an keiner Stelle deutlich machen, dass die Erstattungsfähigkeit der Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung grundsätzlich davon abhängen soll, ob er (dauerhaft) auf ein Hilfsmittel zurückgreifen kann, das den bei ihm bestehenden anormalen Körperzustand auszugleichen oder abzuschwächen geeignet ist, ohne am eigentlichen Leiden etwas zu ändern.

10. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA's)

Einige Versicherer bieten Leistungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA's) an. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger und höherer Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (Auszug SGB V, § 33a Digitale Gesundheitsanwendungen, Absatz 1).

Beispiele für digitale Gesundheitsanwendungen sind Apps (z.B. Cara Care für Reizdarm) sowie Webanwendungen (deprexis bei Depressionen, elevida bei Multiple Sklerose).

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen im Verzeichnis vom Bundesministerium für Arznei- und Medizinprodukte (BfArM) gelistet und ärztlich verordnet sein. Einige Versicherer leisten zudem nur, wenn die VP eine Indikation hat, für die die DiGA laut Verzeichnis oder Vergütungsvertrag anzuwenden ist. DiGA's können eine Leistung aus dem ambulanten, dem stationären oder dem Zahnbereich sein. Bei der Auswahl eines Versicherers sollte darauf geachtet werden, dass DiGA's aus allen drei Bereichen mitversichert sind. Außerdem sollte der Versicherer sich nicht nur auf DiGA's niedriger Risikoklasse beschränken.

Die Erstattung der DiGA's nach dem BfArM-Verzeichnis kann prozentuale und zeitliche Einschränkungen enthalten. Einige Versicherer beschränken die Erstattung auf Preisverzeichnisse oder Vergütungsvereinbarungen. Zudem kann ein Versicherer eine digitale Gesundheitsanwendung selbst zur Verfügung stellen, was die Erstattung von DiGA's anderer Anbieter beeinflusst. Ein Versicherer fordert zudem von der VP, bei Folgeverordnungen eine vorherige Zusage des Versicherers vor Bezug der DiGA einzuholen, ein anderer Versicherer stellt bei Folgeverordnungen die DiGA nur selbst zur Verfügung und leistet keine Erstattung für DiGA's anderer Anbieter.

Neben einer Verordnung durch einen Arzt leisten viele Versicherer auch für eine Verordnung von DiGA's durch Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, einige Versicherer auch für eine Verordnung durch Heilpraktiker oder Angehörige staatlicher Gesundheitsfachberufe.

Einige Versicherer verzichten unter bestimmten Voraussetzungen auf eine Verordnung für DiGA's. So können DiGA's ohne Verordnung erstattet werden, die im BfArM-Verzeichnis gelistet sind, sowie DiGA's, für die eine vorherige Zusage des Versicherers eingeholt wurde.

Einige Versicherer leisten zudem über das BfArM-Verzeichnis hinaus auch für andere digitale Gesundheitsanwendungen. Dies kann allerdings mit bestimmten Voraussetzungen verknüpft sein. Eventuell bestehen Leistungseinschränkungen gegenüber DiGA's, die im BfArM-Verzeichnis gelistet sind.

7. Psychotherapie

1. Ambulante Psychotherapie

Die Kosten für ambulante und stationäre Psychotherapie sind grundsätzlich über die medizinisch notwendige Heilbehandlung versichert.

In einigen Tarifen ist die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen. Danach besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Bei wenigen Tarifen besteht Leistungsanspruch erst nach einer Versicherungszeit von 24 Monaten im Tarif. Andere Tarife schränken die Leistungspflicht auf eine Höchstgrenze von Sitzungen / Behandlungstagen ein.

Außerdem können Selbstbeteiligungen in Form einer prozentualen Erstattung (z.B. 80%) vorhanden sein. Diese können entweder grundsätzlich oder als Staffelung bestehen, z.B. 100% für die 1. bis zur 30. Sitzung, 80% für die 31. bis zur 60. Sitzung und 70% ab der 61. Sitzung.

Soll die Behandlung auch durch Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versichert sein, so sollte dies auch in den Versicherungsbedingungen verankert sein. Sind Heilpraktiker-Leistungen im Tarif versichert können – soweit nicht explizit ausgeschlossen – auch psychotherapeutische Leistungen durch den Heilpraktiker in Anspruch genommen werden.

2. Stationäre Psychotherapie

Die Kosten für ambulante und stationäre Psychotherapie sind grundsätzlich über die medizinisch notwendige Heilbehandlung versichert.

In einigen Tarifen ist die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen. Danach besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Bei wenigen Tarifen besteht Leistungsanspruch erst nach einer Versicherungszeit von 24 Monaten im Tarif. Andere Tarife schränken die Leistungspflicht auf eine Höchstgrenze von Sitzungen / Behandlungstagen ein.

Außerdem können Selbstbeteiligungen in Form einer prozentualen Erstattung (z.B. 80%) vorhanden sein. Diese können entweder grundsätzlich oder als Staffelung bestehen, z.B. 100% für die 1. bis zur 30. Sitzung, 80% für die 31. bis zur 60. Sitzung und 70% ab der 61. Sitzung.

Soll die Behandlung auch durch Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versichert sein, so sollte dies auch in den Versicherungsbedingungen verankert sein. Sind Heilpraktiker-Leistungen im Tarif versichert können – soweit nicht explizit ausgeschlossen – auch psychotherapeutische Leistungen durch den Heilpraktiker in Anspruch genommen werden.

3. Soziotherapie

Soziotherapie ist eine ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen. Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, andere medizinische Behandlungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.

Soziotherapie umfasst Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen.

Der Umfang richtet sich nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 37a SGB V und umfasst 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren je Versicherungsfall.

8. Stationäre Behandlung

1. Krankenhausleistungen (gemäß Bundespflegesatzverordnung / Krankenhausentgeltgesetz / Fallpauschalensystem für Krankenhäuser)

Nach den MB/KK ist die Erstattung von Kosten für Krankenhausaufenthalte nicht eingeschränkt.

Einige Versicherer begrenzen die Erstattung von Krankenhauskosten nach Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), bzw. der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), was Auswirkung auf die Erstattung von Kosten für Krankenhausaufenthalte in Privatkliniken oder in Krankenhäusern im Ausland hat.

2. Stationäre Arztwahl

Zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen können Versicherte gemäß § 17 KHEntgG mit dem Krankenhaus die Inanspruchnahme von Wahlleistungen vereinbaren. Die Vereinbarung muss schriftlich und vor Beginn der Behandlung erfolgen. Unter die stationären Wahlleistungen fällt neben der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer auch die wahlärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung). Die erbrachten Leistungen des liquidationsberechtigten Arztes sind nach der GOÄ/GOZ abzurechnen. Die Leistungspflicht des Versicherers für wahlärztliche Behandlung und für privatärztliche Honorare ist in den jeweiligen Tarifen geregelt.

Belegärzte sind gemäß § 18 KHEntgG niedergelassene, approbierte und nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie sind berechtigt, Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne jedoch hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Leistungen von Belegärzten sind gemäß § 2 Abs. 1 S. 2 KHEntgG weder allgemeine Krankenhausleistungen noch Wahlleistungen und somit nicht über Pflegesätze bzw. Wahlleistungsentgelte zu vergüten. Vielmehr bildet der zwischen Patient und Belegarzt geschlossene Behandlungsvertrag die Rechtsgrundlage belegärztlicher Leistungen. Bei Privatversicherten erfolgt die Vergütung somit nach der GOÄ (vgl. § 6a Abs. 1 GOÄ).

Die AVBen können jedoch hiervon abweichende Regelungen vorsehen und z.B. die Belegarztbehandlung der Chefarztbehandlung gleichsetzen. Hier erfolgt die Erstattung demzufolge nach den für die gesonderte privatärztliche Behandlung vorgesehenen Sätzen. Sieht ein Tarif keine Regelungen zur Erstattung von belegärztlichen Leistungen vor, gelten die Honorare für die ambulante Behandlung als Maßstab.

3. Meldepflicht eines Krankenhausaufenthaltes

Bei jedem Krankenhausaufenthalt ist die versicherte Person grundsätzlich verpflichtet, den Aufenthalt innerhalb von 10 Tagen nach dessen Beginn beim Krankenversicherer anzuzeigen.

Bei Nichtbeachtung kann die Leistung ggf. gekürzt oder verweigert werden. Einige Versicherer verzichten auf diese Obliegenheit.

4. Unterbringung in einer Gemischten Anstalt

Gemischte Anstalten sind Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung, als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen. Versicherungsschutz besteht nach MB/KK, wenn der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine Leistungszusage erteilt hat. Damit besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

Einige Tarife sehen Erstattungen des Versicherers vor, z.B. wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Nähe des Aufenthaltsortes des Versicherten ist.

9. Anschlussheilbehandlung, Reha und Kur

1. Stationäre AHB

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Einige Tarife sehen Leistungen bei Anschlussheilbehandlungen vor. Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

2. Ambulante AHB

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Einige Tarife sehen Leistungen bei Anschlussheilbehandlungen vor. Sofern die vorherige Leistungszusage des Versicherers im Tarif vorgesehen ist, besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

3. Sonstige Reha-Maßnahmen (in Abgrenzung zur AHB)

Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung. Vorrangig werden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ambulant erbracht. Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen, ist eine stationäre Rehabilitation indiziert.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als sogenannte Leistungen zur Teilhabe je nach Zuständigkeit von den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern, der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Versorgungsverwaltung, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe oder den Sozialhilfeträgern erbracht (§ 6 SGB IX). Weitere Leistungsträger können die Dienstherren selbst (bei Beamten) nach der Beihilfenverordnung (hierbei leisten diese eine Kostenerstattung in Form der Beihilfe) und/oder die Private Krankenversicherung sein.

4. Entziehung

Suchttherapie besteht im Allgemeinen aus zwei Phasen: der Entgiftung und der Entwöhnungs-/Entziehungsbehandlung.

Als Entgiftung wird das Absetzen des Suchtmittels unter ärztlicher Aufsicht bezeichnet. Entwöhnungs-/Entziehungsmaßnahmen sind ambulante oder stationäre Behandlungen, die darauf abzielen, den Patienten aus der

Abhängigkeit des Suchtmittels nachhaltig zu lösen. Entwöhnungs-/Entziehungsmaßnahmen sind durch einen ärztlichen Behandlungsplan gekennzeichnet und somit als vielschichtige medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu verstehen. Sie fallen somit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die MB/KK sehen für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren einen Leistungsausschluss vor (vgl. § 5 Abs. 1b MB/KK).

Viele Tarife sehen Leistungen für Entziehungsmaßnahmen vor, sofern für diese kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung geltend gemacht werden kann. Im Regelfall sind diese jedoch an eine schriftliche Zusage des Versicherers geknüpft. Damit besteht zunächst kein Leistungsanspruch, da der Versicherer nicht verpflichtet ist, diese Zusage zu erteilen.

5. Kur

Kurortklausel

Sofern der Versicherte seinen Wohnsitz in einem Kurort hat oder es sich um eine akute Erkrankung / einen Unfall während eines vorübergehenden Aufenthaltes handelt, besteht Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, andernfalls ist diese Behandlung ausgeschlossen.

Die ambulante Behandlung in Kur-/Badeorten soll unabhängig vom Wohnsitz bzw. Eintreten eines Unfalles versichert sein.

Ambulante und Stationäre Kurbehandlung

Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

10. Krankenpflege und Palliativversorgung

1. Häusliche Krankenpflege

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege, die Gegenstand der Pflegeversicherung ist.

Die Häusliche Krankenpflege umfasst:

Behandlungspflege

- zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung

Krankenhausersatzpflege

- um eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder die Dauer derselben zu verkürzen
- wenn eine Krankenhausbehandlung angezeigt aber nicht durchführbar ist

2. Krankenhausersatzpflege

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege, die Gegenstand der Pflegeversicherung ist.

Die Häusliche Krankenpflege umfasst:

Behandlungspflege

- zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung

Krankenhausersatzpflege

- um eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder die Dauer derselben zu verkürzen
- wenn eine Krankenhausbehandlung angezeigt aber nicht durchführbar ist

3. Palliativversorgung

Unter Palliativversorgung versteht man die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierzu gehört auch

die Schmerztherapie im ambulanten und stationären Bereich. Patientinnen und Patienten werden insbesondere durch Ärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.

Die Leistung wird benötigt für Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Hospize dienen der Sterbebegleitung. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, Sterbende umfassend zu versorgen. Im Hospiz bekommen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase eine umfassende Betreuung. Dabei spielt die Kontrolle der verschiedenen Symptome eine große Rolle, u. a. die Schmerztherapie. Außerdem werden Beratung und Trauerbegleitung für die Angehörigen angeboten.

4. Stationäre Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege im Sinne von § 42 SGB XI kann in Anspruch genommen werden, wenn eine häusliche Pflege vorübergehend oder eine teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, um den erforderlichen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Oftmals wird eine Kurzzeitpflege direkt im Anschluss an eine stationäre Behandlung als sinnvoll erachtet. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist nach SGB XI auf maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

Einige Versicherer leisten bei stationärer Kurzzeitpflege zumindest bis zum Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.

5. Übergangspflege

Übergangspflege im Krankenhaus im Sinne von § 39e SGB V kann in Anspruch genommen werden, wenn häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder lediglich mit erheblichem Aufwand erbracht werden können. Hierbei werden in dem zuvor behandeltem Krankenhaus Leistungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Grund- und Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung, Entlass-Management, Aktivierung des Patienten und im Einzelfall ärztliche Behandlungen erstattet. Der Anspruch auf Übergangspflege ist nach SGB V auf maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung begrenzt.

11. Transporte

1. Ambulant

Die Musterbedingungen sehen keine Erstattung von Transportkosten vor.

Einige Tarife sehen die Erstattung von Transportkosten unter bestimmten Voraussetzungen vor, wie z.B. bei:

- Bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung)
- Notfällen oder Erstversorgung nach Unfall
- Gehunfähigkeit
- Dialyse und Strahlen- und Chemotherapie
- Zur ambulanten Behandlung bei Schwerbehinderung aG / BI / H oder Pflegegrad 3,4 oder 5.

Die Abkürzungen aG / BI / H sind sog. Merkzeichen nach der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV), die dementsprechend auf einem Schwerbehindertenausweis vermerkt werden.

Die Abkürzungen stehen für:

- aG - Außergewöhnliche Gehbehinderung
- BI - Blindheit
- H - Hilflosigkeit

Ohne Einschränkungen

Folgende Einschränkungen können für Transportleistungen gelten:

- Transport nur bis zum "nächstgelegenen" oder "nächsten" Behandler: Transporte sollten immer zum geeigneten Behandler erfolgen.
- Begrenzung bei der Entfernung bis zur Behandlungsmöglichkeit: Es sollte keine km-Begrenzung vorgegeben sein.
- Einschränkung des versicherten Transportmittels: Es sollten alle Transportmittelarten (zu Lande, zu Wasser per Luft) versichert sein. Bei regelmäßigen Behandlungen (Strahlen- und Chemotherapie, Dialyse) gilt die Beschränkung auf Fahrten nicht als Einschränkung
- Beschränkung auf Hinweg: Es sollten immer Hin- und Rückweg versichert sein

- Limitierung preislich oder prozentual: die Transportkosten sollten weder durch Höchstbetrag, noch durch prozentualen Eigenbehalt limitiert sein.

2. Stationär

In den Musterbedingungen gibt es keine Vorgaben zur Erstattung von Transportkosten.

Einige Tarife sehen die Erstattung für den Transport nur bis zum nächstgelegenen Behandler vor. Der nächstgelegene Behandler ist jedoch nicht immer der Geeignete.

Einige Tarife sehen in der Erstattungspflicht eine Entfernungsbegrenzung des Transportweges vor.

Einige Tarife sehen die Erstattung nur für bestimmte Transportmittel vor. So können z.B. nur Fahrten, nicht jedoch Flüge im Rettungshubschrauber erstattungsfähig sein. Weiterhin gibt es die Einschränkung aufgrund preislicher oder prozentualer Begrenzungen bei der Erstattung.

12. Zahnleistungen

1. Zahnstaffel

Einige Tarife sehen für die ersten Jahre der Vertragslaufzeit eine Kostenbegrenzung für zahnärztliche Leistungen vor (meist nur für Zahnersatz und Kieferorthopädie).

2. Summenbegrenzung für die gesamte Vertragslaufzeit

Einige Tarife sehen während der gesamten Vertragslaufzeit eine Kostenbegrenzung für zahnärztliche Leistungen vor (meist nur für Zahnersatz und Kieferorthopädie).

3. Keine Zahnstaffel und/oder Summenbegrenzung

Bei einigen Tarifen entfällt die Summenbegrenzung für unfallbedingete Kosten.

4. Heil- und Kostenplan

Ein Heil- und Kostenplan für zahnärztlich-prothetische Leistungen stellt eine geplante Zahnersatz-Versorgung und deren voraussichtliche Kosten detailliert dar. Er bildet den Therapieplan mit Kostenvoranschlag.

Einige Tarife sehen bei einer Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplanes Erstattungsreduzierungen bis hin zur Leistungsfreiheit des Versicherers vor.

5. Implantate

Ein Zahnimplantat ist ein in den Kieferknochen eingesetzter Fremdkörper. Durch ihre Verwendbarkeit als Träger von Zahnersatz übernehmen Zahnimplantate die Funktion künstlicher Zahnwurzeln. Hierbei werden sie im Allgemeinen (über ein Schraubgewinde) in den Kieferknochen eingedreht oder einfach eingesteckt.

6. Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie befasst sich mit der Verhütung, Erkennung und Behandlung von Fehlstellungen der Kiefer und der Zähne (Zahnfehlstellung).

7. Preisliche Einschränkungen für Material- und Laborkosten

Für zahntechnische Material- und Laborkosten gibt es keine Gebührenordnung für die Abrechnung bei Privatpatienten.

Einige Tarife enthalten besondere Regelungen bezüglich der Kostenerstattung. Die nach diesen Regelungen erstattungsfähigen Beträge können unterhalb der tatsächlich anfallenden Kosten liegen.

8. Professionelle Zahnreinigung

Professionelle Zahnreinigung ist Bestandteil der zahnmedizinischen Prophylaxe. Die Vorsorge durch regelmäßige professionelle Zahnreinigung wird vom deutschen Zahnärzteverband empfohlen. Sie sollte alle sechs bis zwölf Monate durchgeführt werden. Durch die regelmäßige systematische Zahnreinigung kann das Parodontitis- und Kariesrisiko und damit die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung gesenkt werden.

13. Prävention

1. Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind, obwohl krankheitsvorbeugende Maßnahme, keine medizinisch notwendige Heilbehandlung. Sollen diese versichert sein, so muss die Leistung in den Versicherungsbedingungen erfasst sein.

Die STIKO (Ständige Impfkommission) spricht jährlich Empfehlungen (abhängig von Alter, Geschlecht, Region, Beruf usw.) über Schutzimpfungen aus.

In einigen Tarifen sind Schutzimpfungen unabhängig von den STIKO-Empfehlungen erstattungsfähig.

2. Vorsorgeuntersuchungen

Grundsätzlich sind Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen versichert. In vielen Tarifen sind Vorsorgeuntersuchungen auch über diesen Rahmen hinaus versichert.

Einige Tarife sehen eine Kostenbegrenzung vor.

3. Präventionskurse

Einige Versicherer bieten präventive Maßnahmen (z. B. Ernährungsberatung oder Rückenschulungskurse) - meist begrenzt in Anzahl oder Höhe der Erstattung – an.

4. Schulung für chronisch Kranke (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, Neurodermitis)

Einige Versicherer bieten Leistungen für Schulungen von chronisch Kranken an. Ob derartige Leistungen vorgesehen sind, ergibt sich aus dem Tarif.

14. Familienversorgung

1. Kinderwunschbehandlung

Bezüglich der Thematik des Ausschlusses zur Kinderwunschbehandlung gab es im Jahr 2019 ein BGH-Urteil indem entschieden wurde, dass ein privater Krankenversicherer (auch wenn er den betreffenden Mann versichert) zu leisten hat, wenn die Chance auf eine Schwangerschaft 15 Prozent beträgt. Das Alter der zu befruchtenden Frau sei in diesem Zusammenhang unerheblich. Wenn die Chance weniger als 15 Prozent beträgt, dann kommt es auf die Einzelfallentscheidung des Versicherers an.

Einige Versicherer schließen die Kinderwunschbehandlung in ihren Bedingungen explizit aus oder begrenzen die Erstattung prozentual (Voraussetzungen beachten).

2. Kryokonservierung

Einige Versicherer bieten Leistungen für die Kryokonservierung an. Kryokonservierung beschreibt das Einfrieren von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe.

Anspruch auf Kryokonservierung sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen besteht, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können (Auszug SGB V, § 27a SGB V Künstliche Befruchtung, Absatz 4).

Ob Leistungen für die Kryokonservierung vorgesehen sind, ergibt sich aus dem Tarif.

3. Schwangerschaft

Pränatale Diagnostik umfasst Untersuchungen vor der Geburt, mittels derer festgestellt werden soll, ob bestimmte Erkrankungen oder Fehlbildungen beim Kind vorliegen.

4. Sozialpädiatrischen Zentren

Sozialpädiatrische Zentren sind spezialisierte Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung zur Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Sozialpädiatrischen Zentren sind Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelische Störungen mit sich bringen oder bringen können.

5. Kindernachversicherung

Dreimonatige Vorversicherungszeit eines Elternteils

Nach den MB/KK besteht der Kontrahierungszwang zur Kindernachversicherung für den Versicherer unter anderem nur dann, wenn ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer versichert ist.

Es gibt Tarife, bei denen die dreimonatige Versicherungszeit des Elternteils nicht erforderlich ist, wenn die 3 Monate bereits beim Vorversicherer (GKV oder PKV) erfüllt wurden. In einigen Tarifen greift die Kindernachversicherung auch, falls Kinder innerhalb der drei Monate als Frühgeborene entbunden werden.

Versicherungsschutz des Neugeborenen

Grundsätzlich besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Grundsätzlich darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Einige Tarife bieten die freie Wahl einer anderen Selbstbehaltstufe an.

6. Haushaltshilfe (sofern keine Person im Haushalt lebt)

Einige Tarife bieten Leistungen für die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe an. Die Leistung wird jedoch von sehr unterschiedlichen Voraussetzungen abhängig gemacht. Ob Leistungen vorgesehen sind, ergibt sich aus dem Tarif.

7. Beitragsfreiheit bei Elternzeit

Einige Tarife bieten während des Bezuges von Elterngeld die Befreiung von der Beitragszahlung.

8. Beitragsreduzierung

Aktuell bietet ein Tarif (AXA ActiveMe) während der ersten 2 Monate des Bezuges von Elterngeld eine monatliche Beitragsreduzierung um 50% an.

15. Wechseloptionen

1. Verpflichtung des Versicherers zur Vertragsumstellung innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung

Nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Für Mehrleistungen können vom Versicherer jedoch Leistungsausschlüsse, Beitragszuschläge und Wartezeiten verlangt werden.

Manche Versicherer bieten den Versicherten die Reduzierung des Selbstbehaltes und / oder unter bestimmten Voraussetzungen einen Wechsel in Tarife mit besserem Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung / Wartezeiten an. Der Abschluss eines zusätzlichen Tarifes (Optionstarif) ist bei diesen Tarifen nicht erforderlich.

Die Wechseloptionen sind sehr unterschiedlich gestaltet. Es sollte darauf geachtet werden, dass ein langer Wechselzeitraum besteht und viele Wechseltermine vorhanden sind. Außerdem sollte die Wechseloption nicht durch eine niedrige Altersgrenze eingeschränkt sein, da der Bedarf eines Tarifwechsels in der Regel erst in späteren Jahren besteht

2. Verpflichtung des Versicherers zur Vertragsumstellung in Zusatztarife bei GKV-Pflicht

Es soll eine vertragliche Verpflichtung zur Vertragsumstellung von einer Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung für ambulante/stationäre/zahnärztliche Leistungen bestehen.

Dies ist insbesondere für diejenigen wichtig, die wegen Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse ihren Vollschutz weiterhin sicherstellen möchten.

3. Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht seitens des Versicherers

Der Versicherer hat ein ordentliches Kündigungsrecht für die nicht substitutive Krankenversicherung innerhalb der ersten

drei Versicherungsjahre.

Es gibt Tarife, bei denen der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet. Dies ist wichtig, wenn die Krankheitskostenvollversicherung in eine Krankheitskostenteilversicherung (z.B. wegen eintretender Krankenversicherungspflicht) umgestellt werden soll.

16. Sonstiges

1. Assistenceleistungen in Deutschland

Einige Versicherer bieten Assistenceleistungen in Deutschland an. Ob Assistenceleistungen vorgesehen sind, ergibt sich aus dem Tarif.

2. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Aktuell bietet ein Versicherer (SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.) in den Tariflinien "Plus" einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Der Bonus ist von unterschiedlichen Voraussetzungen abhängig. Die Höhe des Bonus ergibt sich aus dem Tarif.

3. Anrechnung auf den Selbstbehalt

Einige Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Ob und welche Leistungen nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden, ergibt sich aus dem Tarif.