

Teil III Tarif EKU (Einsteiger-Komfortschutz) Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung EKU wird ergänzt durch den Euro-Betrag des gewählten Selbstbehaltes.

Versicherungsleistungen

- 1. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung, die im Rahmen der Höchstsätze der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.**

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.1 Ärztliche Behandlungen.**
Voraussetzung für die Erstattung zu 100 % ist, dass für die Erstbehandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin / praktischer Arzt (Hausarzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Urologie (nur Vorsorgeuntersuchungen bei Männern), für Augenerkrankungen oder für Kinderheilkunde in Anspruch genommen wird oder dass es sich um die Behandlung durch einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt handelt. Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen dem Versicherer namentlich zu benennen. Die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch andere als die oben genannten Ärzte muss durch den Hausarzt, den Facharzt für Gynäkologie, für Urologie, für Augenerkrankungen oder für Kinderheilkunde bestätigt werden. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen. Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.
- 1.2 Psychotherapie.**
Erstattungsfähig sind bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wenn die unter Ziffer 1.1 genannten Voraussetzungen zutreffen (zur Psychotherapie siehe auch unter Ziffer 1.16).
- 1.3 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit.**
Sehhilfen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 125 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe bei einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Operative Maßnahmen: Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge erstattungsfähig, sofern die Sehschwäche nicht durch eine andere Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ausgeglichen werden kann. Der Nachweis, dass diese Voraussetzung vorliegt, ist vom Versicherungsnehmer zu erbringen.

- 1.4 Versicherte haben Anspruch auf Kostenerstattung für medizinisch notwendige Hilfsmittel in angemessener Ausführung.** Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel sowie die Kosten für Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch der Hilfsmittel.

Erstattungsfähig sind insbesondere:

- Bandagen,
- Gehapparate,
- Liegeschalen einschließlich Zurichtung,
- Kompressionsstrümpfe,
- Sprechhilfen,
- orthopädische Maßschuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 500 Euro,
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr),
- orthopädische Zurichtungen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr),
- Orthesen und Korsette,
- ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken bei krankhaftem, entstellendem Haarausfall (z.B. nach Chemotherapie) oder erheblicher Verunstaltung infolge von Schädelverletzung bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 550 Euro innerhalb von 4 Versicherungsjahren,
- Stoma, Tracheostoma – Inkontinenzartikel,
- enterale Ernährung einschl. Zubehör abzüglich ersparter Eigenkosten,
- Blutzuckermessgeräte,
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 150 Euro innerhalb von 5 Versicherungsjahren (sofern Allergie durch Facharzt diagnostiziert wurde),
- Blindenstöcke,
- Hörgeräte,
- Schlafapnoegeräte (CPAP-Gerät),
- Hilfsmittel bei Dekubitus,
- sowie sonstige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 Euro.

Die Aufwendungen für andere als die oben genannten Hilfsmittel (einschließlich deren Reparatur und Wartung) sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalles beschafft wurde.

Als Hilfsmittel gelten nicht Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, Heilapparate (z.B. Bestrahlungsgeräte) und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien, außer für Hörgeräte.

- 1.5 Schutzimpfungen** nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch

Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich werden.

- 1.6 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt.
- 1.7 Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme /des Entbindungspflegers handelt. Zusätzlich wird eine Entbindungspauschale von 500 Euro gezahlt.
- 1.8 Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie.
- 1.9 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige als auch für nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Ein Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn er in einer dem Schwangerschaftskonfliktgesetz genügenden Einrichtung vorgenommen wird.

Häusliche Krankenpflege

Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte.

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

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

Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherte eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal bis zu den von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstätzen ersetzt,

- 1.10 wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.
- 1.11 wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Erstattungsfähig sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege.

Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.12 Ärztliche Behandlungen, wenn die unter Ziffer 1.1 genannten Voraussetzungen nicht zutreffen.
- 1.13 Arznei- und Verbandmittel.

Die Erstattung erfolgt je Person und Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro zu 80 %, darüber hinaus werden die Aufwendungen zu 100 % erstattet. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel

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

Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

- 1.14 Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs EKV für Heilmittel.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

- 1.15 Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung nach Maßgabe der Ziffern 1.13 und 1.14 verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch Heilpraktiker durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

Die Behandlung durch Heilpraktiker ist begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens 500 Euro je Versicherungsjahr.

Psychotherapie

- 1.16 Psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erstattungsfähig sind ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers Aufwendungen für bis zu fünf Sitzungen je Versicherungsfall zu 80%. Die Erstattung ist nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

bis zur 30. Sitzung auf **80 %**,
ab der 31. Sitzung auf **60 %**,
ab der 61. Sitzung auf **40 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, Erziehungsberatung, Eheberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestalttherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.

Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.17 Insemination bzw. künstliche Befruchtung, sofern die Fertilitätsstörung bei der versicherten Person zumindest mitbegründet ist und die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt. Zum Zeitpunkt der Behandlung muss die Frau mindestens 25 Jahre alt sein und darf das 40., der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Es müssen ausschließlich Ei- und Spermazellen des Ehe- bzw. Lebenspartners verwendet werden und es muss eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode bestehen. Eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Die Aufwendungen werden zu 30 % erstattet.

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen.

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch die Kosten eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des Belegentbindungspflegers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen (Privatkliniken), ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnet, begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht für gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehrbettzimmer.

2.2 Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.

Wenn die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer gewählt wird, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Ist die Unterbringung im Zweibettzimmer Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen, so ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

Bei Verzicht auf die Unterbringung im Zweibettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

2.3 Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist.

Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

2.4 Bei stationärer Behandlung im Ausland werden die Kosten bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, die in einem am oder dem Wohnort nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären. Darüber hinaus sind Aufwendungen nur erstattungsfähig, wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

2.5 Medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

2.6 Rücktransport- und Überführungskosten bei Auslandsreisen. Versicherungsschutz besteht bei Erkrankungen, Unfällen oder Tod während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland. Die Dauer des einzelnen Auslandsauf-

enthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von drei Monaten (92 Tage) nicht überschreiten. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

- einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
- Überführungskosten bis 10.000 Euro beim Tod einer versicherten Person an deren letzten Wohnort.

3. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ)

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

3.1 Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

3.2 Kieferorthopädie einschließlich Material- und Laborkosten nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs EKV für zahntechnische Leistungen.

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

Erstattungssatz 60 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

3.3 Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs EKV für zahntechnische Leistungen.

Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen und Brücken, Implantate, Prothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen.

Wurde 3 Jahre vor Beginn einer Zahnersatzmaßnahme nachweislich jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen durchgeführt, erhöht sich der Erstattungssatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf **70 %**. Wurde 5 Jahre vor Beginn einer Zahnersatzmaßnahme nachweislich jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen durchgeführt, erhöht sich der Erstattungssatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf **80 %**.

Heil- und Kostenplan:

3.4 Bei Maßnahmen nach den Ziffern 3.2 und 3.3 mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mehr als 1.500 Euro ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen und vom Versicherer schriftlich genehmigen zu lassen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, die Prüfung unverzüglich vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den nach Ziffern 3.2 und 3.3 maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Versicherers durchgeführt, sind 40 % (Kieferorthopädie) bzw. 30 % (Zahnersatz) der Aufwendungen erstattungsfähig.

Zahnstaffel:

3.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die unter den Ziffern 3.2 und 3.3 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens

- 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 3.000 Euro in den ersten 36 Monaten und
- 4.000 Euro in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Bei Kindern und Jugendlichen werden Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 3.2 (Erstattungssatz 80 %) vorrangig vor denen für Zahnersatz (Erstattungssatz 60 %) berücksichtigt.

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

Die Zahnstaffelregelung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

4. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

Rehabilitationsmaßnahmen. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht. Erstattet werden aber Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

5. Entziehungsmaßnahmen

Erstattungssatz 70 %

Ergänzend zu Teil II zu § 5 (1) b) der MB/KK sind Aufwendungen für die ersten drei Entziehungsmaßnahmen erstattungsfähig, wenn der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Der Anspruch ist grundsätzlich auf 6 Wochen begrenzt und besteht grundsätzlich nur alle 4 Jahre. Von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Entziehungsmaßnahmen werden angerechnet. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht.

6. Palliative Versorgung und Hospizversorgung

Erstattungssatz 100%

6.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu 100% ersetzt jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

6.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung in angemessener Höhe, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hospize werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bestehen.

7. Haushaltshilfe

Erstattungssatz 90 %

- 7.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes wegen eines notwendigen stationären Aufenthaltes nicht möglich ist,
- 7.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf den Betrag, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
- 7.3 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.

8. Serviceleistungen

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

8.1 Ständig erreichbare Servicestelle für nachstehende medizinische Auskünfte:

- Informationen und Beratung zu aktuellen Gesundheitsthemen, Krankheiten und sonstigen Leiden, Diagnostik, Therapie und Impfungen,
- Allgemeine Beratung zu Arzneimittel Anwendung und Arzneimitteltherapie,
- Informationen zu Präventionen und Rehabilitationen,
- Benennung von Ärzten, Zahnärzten, Zahnlaboren, Krankenhäusern, Notdiensten und Kureinrichtungen,
- Benennung von Apotheken, Psychotherapeuten, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Selbsthilfegruppen,
- Wohnraumberatung, Hilfe bei der Gestaltung des Umfeldes bei Patienten mit schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen,
- Beratung zu Ernährungsfragen,

- Beratung zu reisemedizinischen Fragen (Reiseapotheke und Reiseimpfung),
- Erklärung medizinischer Fachbegriffe,
- Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen.

8.2 Unterstützung und Betreuung von Versicherten durch:

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

8.3 Unterstützung und Betreuung bei Auslandsreisen:

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

9. Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif EKU erstmals beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in Tarife mit höherem Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten verlangen. Die Umstellung kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres und höchstens bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres beantragt werden.

Für mitversicherte Kinder und Jugendliche besteht das Optionsrecht nur insoweit, als ein Elternteil bereits in dem Tarif, in den umgestellt werden soll, versichert ist oder die Umstellung gleichzeitig für ihn beantragt wird. Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

10. Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1 (mit Ausnahme der Ziffer 1.10), 3 und 4 zu erstattenden Aufwendungen wird in Abhängigkeit der gewählten Tarifstufe ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

0 Euro	für EKU	0,
600/300* Euro	für EKU	600,
1.200/600* Euro	für EKU	1200.

* Selbstbehalt für Kinder und Jugendliche. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, entfällt die Reduzierung des Selbstbehaltes.

K044A

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

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

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, so bleibt die Höhe des Selbstbehaltes unberührt.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Für Kinder (Altersgruppe 0 - 15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 - 20) ist ab Alter 16 bzw. 21 der Beitrag der nächst höheren Altersstufe zu zahlen (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

12. Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld

Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug des Elterngeldes ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes EKU die Schwangerschaft bereits durch einen Arzt oder Heilpraktiker festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

13. Vorsorgebonus

Jede versicherte Person, die das 21. Lebensjahr vollendet hat und deren Versicherungsvertrag am 01.02. des Folgejahres ungekündigt und ohne Beitragsrückstände fortbesteht, erhält einen Vorsorgebonus in Höhe von 150 Euro, wenn nachstehende Voraussetzungen vorliegen und dem Versicherer in Form eines von ihm zur Verfügung gestellten Bonusheftes jährlich nachgewiesen werden:

- Body-Maß-Index zwischen 19 und 27 Punkten,
- Durchführung gesundheitssportlicher Aktivitäten laut Vorgaben im Bonusheft,
- Durchführung mindestens einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten im abgelaufenen Kalenderjahr (z.B. Krebsvorsorge, Herz/Kreislauf-Check, Zahnprophylaxe).

Das Bonusheft ist jeweils bis spätestens Ende März des folgenden Kalenderjahres beim Versicherer einzureichen. Für die versicherte Person muss für das gesamte Kalenderjahr Versicherungsschutz nach Tarif EKU oder einem anderen Tarif des Versicherers, der die Auszahlung eines Vorsorgebonus vorsieht, bestanden haben.

14. Anpassung von Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Hilfsmitteln) oder dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnisse an die Preisentwicklung anzupassen.

15. MB/KK 2009

§ 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

Sondervereinbarung für die Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

1. Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

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

2. Tarifbezeichnung

Für den Zeitraum der Geltung dieser Sondervereinbarung wird die Tarifbezeichnung durch ein S ergänzt.

3. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig zum besonderen Beitrag während der Ausbildung sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 34. Lebensjahres, die

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

4. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate richtet sich nach den Beitragsgruppen und ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem ein für die Festlegung der Beitragsgruppe maßgebliches höheres Alter erreicht wird, ist der Beitrag für diese Altersgruppe zu entrichten.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (siehe AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

5. Umstellung des Versicherungsverhältnisses

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

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