

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

Gültig ab 1. Januar 2021

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

Tarifbezeichnung

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

1. Versicherungsleistungen

1.1 Ärztlicher und psychotherapeutischer Gebührenrahmen

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

1.2 Ärztliche Leistungen – Erstattungssatz 100%/70%

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

b) Haus-/Primärarztprinzip:

Als Primärärzte gelten

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

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

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

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

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

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

Erstattungsfähig sind Arznei- und Verbandmittel.

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

Erstattungsfähig sind überdies Harn- und Blutteststreifen.

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

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

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

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

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

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

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

Aufwendungen für Sehhilfen sind erstattungsfähig.

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

Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind erstattungsfähig.

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

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

1.5 Hilfsmittel außer Sehhilfen – Erstattungssatz 100%/80%

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

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

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

Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für

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

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

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

Nicht erstattungsfähig sind

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

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

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

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

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

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

1.6 Heilmittel – Erstattungssatz 100 %

Heilmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von

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

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

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

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

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

1.7 Ambulante Operationen – Erstattungssatz 100 %

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

Aufwendungen für ambulante Operationen sind erstattungsfähig.

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

1.8 Vorsorge und Impfungen – Erstattungssatz 100 %

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

Erstattungsfähig sind:

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

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

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

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

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

wird.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen – Erstattungssatz 100%

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

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

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

erbracht werden.

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

Nicht erstattungsfähig sind

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

1.10 Hebammen und Entbindungspfleger – Erstattungssatz 100%

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

1.11 Krankenfahrten und Krankentransporte – Erstattungssatz 100%

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

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

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

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

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

1.12 Häusliche Krankenpflege – Erstattungssatz 100%

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

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

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

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

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

1.13 Palliative Versorgung – Erstattungssatz 100%

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

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Leistungen für ambulante Hospizdienste.

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

1.14 Haushaltshilfe – Erstattungssatz 100 %

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

Der Anspruch setzt voraus, dass

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

Der Anspruch besteht längstens für 6 Wochen pro Versicherungsfall.

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

1.15 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung – Erstattungssatz 100 %

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

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

1.16 Soziotherapie – Erstattungssatz 100 %

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

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

1.17 Ambulante Anschlussheilbehandlungen – Erstattungssatz 100 %

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

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

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

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

1.18 Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen – Erstattungssatz 100 %

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

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

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

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

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin sind nicht erstattungsfähig.

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

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

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

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

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

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

1.20 Nichtärztliche Osteopathie – Erstattungssatz 100 %

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

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

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

1.21 Heilpraktiker – Erstattungssatz 80 %

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

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

Nicht erstattungsfähig sind

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

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

1.22 Pauschaleleistung bei Erkrankung des Kinds

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

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

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

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

Die Gewährung einer etwaigen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird nicht beeinflusst.

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

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

Erstattungsfähig sind

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

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

Ein Leistungsanspruch besteht nur, wenn

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

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

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

1.24 Selbstbehalt

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

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

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

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

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

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