

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Offener Hilfsmittelkatalog

Erläuterung: Den Tarifbedingungen der Versicherer ist i.d.R. ein mehr oder weniger umfangreicher Hilfsmittel-Katalog der tariflich erstattungsfähigen Hilfsmittel zu entnehmen. Meist sind die Erstattungsansprüche der Summe, Zeit oder auch der Stückzahl nach begrenzt.

Ein "offener" Hilfsmittelkatalog ist eine nicht abschließende, sondern eher beispielhafte Aufzählung versicherter Hilfsmittel, die den Leistungsanspruch des Versicherten nicht von vorne herein auf die genannten Hilfsmittel reduziert. Künftig vorhandene Hilfsmittel sind "automatisch" mitversichert.

Heilmittel ohne Einschränkung

Erläuterung: Als Heilmittel gelten Maßnahmen der Physikalischen Therapie (dazu zählen Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie und Lichttherapie). Die Abrechnung erfolgt über Abschnitt E der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Außerdem zählen die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die Ergo- und die podologische Therapie zu den Heilmitteln. Den Tarifbedingungen der Versicherer ist i.d.R. ein mehr oder weniger umfangreicher Heilmittel-Katalog der tariflich erstattungsfähigen Heilmittel zu entnehmen. Bei Heilmitteln können die Erstattungsansprüche in der Summe, der Zeit oder auch der Stückzahl nach begrenzt sein.

Leistung für Logopädie

Erläuterung: Die Logopädie zählt zu den Heilmitteln, wird aber nicht über die GOÄ abgerechnet, da diese Behandlung nicht von einem Arzt, sondern von einem Angehörigen der Heilberufe durchgeführt wird. Zur Logopädie gehört die Behandlung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen.

Leistung für Heilpraktiker

Erläuterung: Gemäß MB/KK § 4 Absatz 2 dürfen Heilpraktiker in Anspruch genommen werden, soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen. Die Versicherer haben also die Möglichkeit, die Inanspruchnahme von Heilpraktikern vom Versicherungsschutz auszuschließen. Darüber hinaus begrenzen einzelne Versicherer die Erstattung von Heilpraktikerleistungen auf den Mindest- oder Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einem Verzeichnis der durchschnittlich üblichen, in Euro-Spannen ausgedrückten Vergütungen; andere richten sich bei Erstattung von Heilpraktikerleistungen nach den ärztlichen Honoraren vergleichbarer Leistungen.

Verzicht Kurortklausel

Erläuterung: Für die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort besteht gemäß MB/KK keine Leistungspflicht (Kurortklausel). Ausnahme: Die versicherte Person hat dort ihren ständigen Wohnsitz, muß während eines vorübergehenden Aufenthaltes wegen einer vom Aufenthaltszweck unabhängigen Erkrankung behandelt werden oder begibt sich wegen eines Unfalls in Behandlung. Für Kurbehandlungen leisten i.d.R. die Rentenversicherung oder die Berufsgenossenschaften.

Viele Versicherer haben mittlerweile auf diese Leistungseinschränkung verzichtet. Sie zahlen also am Kurort genauso wie am Wohnort des Versicherten. Somit ist die ärztliche Behandlung, der Bezug von Arznei, Heil- und Hilfsmitteln versichert; dies gilt nicht für die besonderen am Kurort entstehenden Aufwendungen wie Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung etc.

Alternative Behandlungsmethoden

Erläuterung: Nach einem Urteil des BGH vom 23.06.1993 (IV ZR 135/92) müssen die Kosten für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden zur Linderung unheilbarer Krankheiten, wie z.B. Krebs, Multiple Sklerose oder AIDS ersetzt werden, sofern sie medizinisch notwendig sind und es keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethoden gibt. Bei anderen Krankheiten gilt: Entscheidet sich der Versicherte für in der Praxis erprobte und auf Grund der Erfahrung als Erfolg versprechend geltende Behandlungsmethoden der alternativen Medizin, muss der Versicherer dadurch entstehende Kosten ersetzen, wenn keine höheren Kosten verursacht werden und die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode gleich wirksam ist.

Von Heilpraktikern oder Ärzten für Naturheilverfahren angewendete Methoden zur Heilung allergischer und chronischer Erkrankungen sind oft wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt. Ein Katalog erstattungsfähiger Naturheilverfahren zeigt, ob und in welchem Umfang der Versicherer für die Alternativmedizin leistet.

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Ambulante Kuren

Erläuterung: Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen. Gemäß MB/KK § 5 Absatz 1 d besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Reha-Maßnahmen gesetzlicher Träger keine Leistungspflicht. Dennoch sehen einige Versicherer Leistungen für diese Maßnahmen vor, teilweise auch in Form von zeitlich gestaffelten oder begrenzten Zuschüssen. Mit diesen Zuschüssen können teilweise Behandlungen, Kurtaxe und Kurplan, etc. finanziert werden. Darüber hinaus bieten einige Versicherer Kur-Tarife an, aus denen heraus weitere Leistungen erbracht werden.

Leistung für amb. Psychotherapie

Erläuterung: Grundsätzlich besteht lt. MB/KK § 4 Absatz 2 ein Behandlungsanspruch durch Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzausbildung. Viele Versicherer erstatten die Psychotherapie jedoch auch im Delegationsverfahren oder bei direkter Inanspruchnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bis einschl. 21 Jahre) im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG). Einige Versicherer schließen die ambulante psychotherapeutische Behandlung ganz vom Versicherungsschutz aus, andere erstatten die Behandlung nur bis zu einer bestimmten Sitzungsanzahl oder bis zu bestimmten Erstattungssätzen.

Psychotherapie ohne Genehmigung

Erläuterung: Einige Tarifbedingungen knüpfen die Erstattungszusage psychotherapeutischer Behandlungen an ein ausführliches ärztliches Attest; teilweise wird eine bestimmte Anzahl von Sitzungen je Kalender- oder Versicherungsjahr mit/ohne Genehmigung erstattet. Unterschiede gibt es darüber hinaus auch in der Erstattungshöhe.

Psychotherapie im Delegationsverfahren

Erläuterung: Gemäß MB/KK § 4 Absatz 2 steht den versicherten Personen die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Eine Behandlung durch Diplompsychologen bzw. Psychotherapeuten ist, sofern es sich nicht um Ärzte oder Heilpraktiker handelt, in den Musterbedingungen nicht vorgesehen.

Einige Versicherer akzeptieren das sogenannte Delegationsverfahren, d.h. dass ein Psychotherapeut die eigentliche Behandlung durchführt, aber ein Arzt diese überwacht und kontrolliert. Darüber hinaus erstatten einige Versicherer in Anlehnung an das in der GKV neu eingeführte Psychotherapeutengesetz die direkte Inanspruchnahme von nichtärztlichen Therapeuten.

Psychotherapie nach PsychThG

Erläuterung: Gemäß MB/KK § 4 Absatz 2 steht den versicherten Personen die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Eine Behandlung durch Diplompsychologen bzw. Psychotherapeuten ist, sofern es sich nicht um Ärzte oder Heilpraktiker handelt, in den Musterbedingungen nicht vorgesehen.

Mit Einführung des PsychThG (1999) steht gesetzlich Versicherten die Wahl unter allen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Eine ärztliche Überwachung der Psychotherapie ist nicht notwendig. Einige Bedingungen der PKV-Versicherer sehen in Anlehnung an die GKV eine Erweiterung der Bedingungen vor, so dass Versicherte direkt Psychotherapeuten im Sinne des PsychThG in Anspruch nehmen können.

Vorsorgeuntersuchungen über GKV-Niveau

Erläuterung: Der Versicherungsschutz beinhaltet grds. ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Unter diesen sogenannten "gezielten Vorsorgeuntersuchungen" sind Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen ab dem 20. und für Männer ab dem 45. Lebensjahr, ferner ab dem 35. Lebensjahr in 2jährigem Abstand Herz-/Kreislauf-, Diabetes- und Nieren-Untersuchungen sowie die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 - U9) für Kinder bis zum 6. Lebensjahr zu verstehen.

Einige Tarife sehen auch die Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen vor, die über den Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme hinaus gehen, also ganz allgemein Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

100% Leistung bei Direktkonsultation Facharzt

Erläuterung: Im Allgemeinen leisten Tarife sowohl beim Allgemeinarzt, als auch beim Facharzt zu 100%. Es gibt Tarife, die bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes (mit Ausnahmen z.B. Augenarzt, Kinderarzt, Gynäkologe), die Leistung um einen bestimmten Prozentsatz kürzen. Bei diesen Tarifen sollte der Versicherungsnehmer zuerst seinen Hausarzt in Anspruch nehmen, der ihn dann zu einem Facharzt überweist, um die volle Erstattung zu erhalten. Andernfalls trägt der Versicherungsnehmer einen Teil der Kosten selbst. Sofern es im Tarif nicht anders vermerkt ist, gelten die reduzierten Prozentsätze auch für Behandlungen im Ausland.

Leistung über Regelhöchstsätze GOÄ (ambulant)

Erläuterung: Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Regelhöchstsätze der GOÄ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 2,3fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Leistung über Höchstsätze GOÄ (ambulant)

Erläuterung: Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 3,5fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

Hinsichtlich der Höhe der Vergütung kann zwischen Arzt und Patient schriftlich eine abweichende Vereinbarung (Abdingung) getroffen werden, wenn z.B. der Chefarzt für die Behandlung mehr als den 3,5fachen Satz, d.h. über den Höchstsatz hinaus, abrechnen will.

Praxisrelevant ist diese Einschränkung bei Behandlung durch Spezialisten in medizinischen Zentren.

Auslandsrücktransport

Erläuterung: Soweit tariflich Leistungen für einen Krankenrücktransport und darüber hinaus ggf. auch für die Überführung bzw. Bestattung vorgesehen sind, gilt folgendes: Bei einem medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes werden die Mehrkosten erstattet, die über die Kosten einer planmäßigen Rückreise hinaus entstehen. Medizinisch notwendig bedeutet hier, dass bei der Erkrankung im Ausland oder nach einem Unfall dort die medizinisch notwendige Versorgung nicht sichergestellt ist und/oder einen bestimmten Zeitrahmen (z.B. 2 Wochen) überschreitet. Im Todesfall des Versicherten während eines Auslandsaufenthaltes werden innerhalb tariflicher Höchstsätze alternativ die Überführungskosten an den Heimatort oder die Bestattungskosten am ausländischen Sterbeort bezahlt. Diese Kosten sind meist auf 5.000 EUR im europäischen und 10.000 EUR im außereuropäischen Ausland begrenzt.

Stationäre Kuren

Erläuterung: Unter einer Kur ist die Anwendung von Heilmitteln unter ärztlicher Aufsicht zu verstehen. Gemäß MB/KK § 5 Absatz 1 d besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Reha-Maßnahmen gesetzlicher Träger keine Leistungspflicht. Dennoch sehen einige Versicherer Leistungen für diese Maßnahmen vor, teilweise auch in Form von zeitlich gestaffelten oder begrenzten Zuschüssen. Mit diesen Zuschüssen können teilweise Behandlungen, Kurtaxe und Kurplan, etc. finanziert werden. Darüber hinaus bieten einige Versicherer Kur-Tarife an, aus denen heraus weitere Leistungen erbracht werden.

Leistung über Höchstsätze GOÄ (stationär)

Erläuterung: Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ vorsieht, besteht für den Rechnungsteil oberhalb des 3,5fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

Hinsichtlich der Höhe der Vergütung kann zwischen Arzt und Patient schriftlich eine abweichende Vereinbarung (Abdingung) getroffen werden, wenn z.B. der Chefarzt für die Behandlung mehr als den 3,5fachen Satz, d.h. über den Höchstsatz hinaus, abrechnen will.

Praxisrelevant ist diese Einschränkung bei Behandlungen durch Spezialisten in medizinischen Zentren.

Zahntarif ohne Summenbegrenzung

Erläuterung: Die Leistungen je versicherte Person für zahnärztliche Leistungen können in den ersten Versicherungs- oder Kalenderjahren auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt sein. Bezieht sich die Summenbegrenzung auf die "erstattungsfähigen Aufwendungen", wird bei der Berechnung der Versicherungsleistung höchstens die genannte Summe berücksichtigt, auch wenn der tatsächliche Rechnungsbetrag höher ist (mehr ist eben nicht "erstattungsfähig!"). Alternativ kann auch die "Versicherungsleistung" begrenzt sein; damit ist dann die maximale tarifliche Erstattung (z.B. X% des Rechnungsbetrages, jedoch max. EUR ...) gemeint. Diese Summenbegrenzungen entfallen meist bei Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Einige Tarife sehen bei Vorlage eines entsprechenden zahnärztlichen Attestes eine Aufhebung oder Reduzierung dieser Begrenzungen vor.

Keine Vorlagepflicht Heil- u. Kostenplan

Erläuterung: Der Heil- und Kostenplan ist eine Aufstellung einzelner vorgesehener Leistungen und Vergütungen, d.h. ein Kostenvoranschlag geplanter zahnärztlicher Maßnahmen. Die Erstattung der Kosten hierfür erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Teil der allgemeinen zahnärztlichen Leistungen. Tariflich kann die Erstattung zahnärztlicher Leistungen von der Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginn abhängig sein. Wird dieser nicht rechtzeitig vorgelegt, kürzt der Versicherer ggf. die Höhe seiner Leistungen.

Leistung über Höchstsätze GOZ (Zahn)

Erläuterung: Privatärztliche Honorarrechnungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstellt. Falls der Tarif eine Leistungsbegrenzung auf die Höchstsätze der GOZ vorsieht, besteht für den Rechnungsanteil oberhalb des 3,5fachen Gebührensatzes kein Anspruch auf Kostenersatz beim Versicherer.

Hinsichtlich der Höhe der Vergütung kann zwischen Zahnarzt und Patient schriftlich eine abweichende Vereinbarung (Abdingung) getroffen werden, wenn z.B. der Zahnarzt für die Behandlung mehr als den 3,5fachen Satz, d.h. über den Höchstsatz hinaus, abrechnen will.

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Anrechnung/Verzicht allg. Wartezeit

Erläuterung: Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Während der Wartezeit besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeiten auftreten, wird erst nach Ablauf der Wartezeiten geleistet.

Beim Übertritt aus der gesetzlichen Krankenkassen, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder (mit Gültigkeit der MB/KK 2009) aus einem anderen Vertrag der Krankheitskostenvollversicherung wird die ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Bestehen keine Vorversicherungszeiten, können diese ggf. erlassen werden. Bei den Tagegeldtarifen kann die Anrechnung auf die Höhe des bisherigen Tagegeldes oder des GKV-Krankengeldsatzes beschränkt sein.

Anrechnung/Verzicht besond. Wartezeit

Erläuterung: Die besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn. Während der Wartezeit besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeiten auftreten, wird erst nach Ablauf von Wartezeiten geleistet.

Beim Übertritt aus der gesetzlichen Krankenkassen, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder (mit Gültigkeit der MB/KK 2009) aus einem anderen Vertrag der Krankheitskostenvollversicherung wird die ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Bestehen keine Vorversicherungszeiten, können diese ggf. erlassen werden.

Beitragsentlastung im Alter

Erläuterung: Zusätzliche Maßnahmen zur Beitragsentlastung im Alter können bspw. entsprechende Sonderbedingungen sein: Gegen einen zusätzlichen monatlichen Beitrag erwirbt der Versicherte eine prozentuale oder absolute Beitragssenkung der Haupttarife im Alter, die an die private Krankenversicherung beim gleichen Versicherer gebunden ist.

Garantierte Beitragsrückerstattung

Erläuterung: Bei der garantierten BRE handelt es sich um eine nicht-erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Die häufigsten Ausprägungsformen sind der Leistungsfreiheitsrabatt, der Sofortrabatt oder der Gesundheitsbonus. Die Auszahlung erfolgt meist monatlich oder jährlich. Die garantierte BRE kann auch ab Beginn des Versicherungsverhältnisses vom Anbieter gestundet werden, hierdurch vermindert sich der sog. anfängliche Zahlbetrag (nach Arbeitgeberzuschuss).

Option auf Höherversicherung

Erläuterung: Tarife, die eine Option auf Höherversicherung enthalten, bieten dem Versicherten die Möglichkeit, zu bestimmten Zeitpunkten, meist nach drei oder fünf Jahren, beim gleichen Versicherer in Tarife mit höheren Leistungen zu wechseln. Wartezeiten oder eine Risikoprüfung sind dann nicht erneut zu absolvieren; zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen sind somit zuschlagsfrei mitversichert.

Die Option auf Höherversicherung ist vor allem für Versicherte sinnvoll, die den zu Beginn der PKV gewählten preis- und leistungsreduzierten Versicherungsschutz später aufstocken wollen.

Gemischte Krankenanstalten ohne schriftl. Zusage

Erläuterung: Unter einer gemischten Anstalt versteht man eine Krankenanstalt, die neben medizinisch notwendiger klinischer (stationärer) Behandlung weitere zwei Bedingungen erfüllt:

1. Durchführung von Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen
2. Aufnahme von Rekonvaleszenten

In diesen Krankenanstalten muss lt. den MB/KK §4 Absatz 5 vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage des Versicherers vorliegen, andernfalls sind die Leistungen nicht erstattungsfähig.

Tagegeld über Nettoeinkommen

Erläuterung: Gemäß MB/KT § 4 darf das versicherte Tagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Die Berechnung des versicherbaren Tagegeldes ist meist in den Tarifbedingungen oder im Tarif näher spezifiziert. Beim Arbeitnehmer ergibt sich das Nettoeinkommen aus dem Bruttoeinkommen abzüglich Sozialabgaben sowie der Einkommens- und Kirchensteuer. Teilweise dürfen zur Ermittlung des versicherbaren Tagegeldes zum Nettoeinkommen auch Beiträge zur Kranken- und/oder Rentenversicherung hinzugerechnet werden. Der versicherbare Tagegeldsatz ergibt sich dann als 1/30stel des aus der Addition von Nettoeinkommen, Kranken- und/oder Rentenversicherungsbeitrages berechneten Monatsbedarfes.

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Statuswechsel Arbeitnehmer

Erläuterung: Nach einem Statuswechsel, d.h. dem Wechsel von einer Tätigkeit als Arbeitnehmer zur selbständigen Berufsausübung, ist meist eine Umstellung des Tagegeldes auf eine Stufe mit kürzerer Karenzzeit und/oder einen höheren Tagegeldsatz erforderlich, weil die gesetzliche Lohnfortzahlung im Krankheitsfall mit Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit nicht mehr besteht. Diese Umstellung der Verdienstaufversicherung ist bedingungsgemäß an eine Risikoprüfung und neue Wartezeiten für die Mehrleistung infolge der Umstufung geknüpft. Einzelne Tarifbedingungen sehen hier jedoch für den Versicherten vorteilhafte Regelungen, d.h. einen Verzicht auf Wartezeiten bzw. eine Risikoprüfung vor.

Dynamische Anpassung Tagegeld

Erläuterung: Die Höhe des Tagegeldsatzes soll dem auf den Kalendertag umgerechneten Einkommen aus der beruflichen Tätigkeit entsprechen (Verdienstaufversicherung). Die Anpassung des Tagegeldes an steigende Einkommen wird von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich gehandhabt. So werden individuelle Erhöhungen (bei Antragstellung) entsprechend der persönlichen Einkommensentwicklung, also Anpassungen innerhalb bestimmter Fristen nach einer Gehaltserhöhung, automatische Anpassungen (in bestimmten Abständen) entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung, meist in Anlehnung an die gesetzliche Rentenversicherung, oder beide Formen ohne erneute Risikoprüfung und/oder Wartezeiten angeboten.

Begrenzung ord. Kündigungsrecht

Erläuterung: Gemäß MB/KT § 14 Absatz 1 kann der Versicherer die Tagegeldversicherung zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen; Absatz 2 entsprechend ist auch eine Teilkündigung einzelner Versicherter eines Vertrages, einzelner Tarife oder nachträglicher (Summen-) Erhöhungen möglich. Nach § 14 Absatz 4 kann der Versicherer nach einer Teilkündigung des Versicherungsnehmers die Aufhebung auch des übrigen Vertragsteils verlangen. Teilweise sehen die Tarifbedingungen eine Einschränkung des ordentlichen Kündigungsrechts des Versicherers vor, insbesondere dann, falls die Tagegeldversicherung in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen und beibehalten wird. Daher empfiehlt sich der Abschluss der Vollversicherung und der Tagegeldversicherung bei der gleichen Gesellschaft.

Erweiterter Geltungsbereich

Erläuterung: In der Krankentagegeldversicherung erstreckt sich lt. MB/KT § 1 der Versicherungsschutz grundsätzlich auf Deutschland (Deutschlandgeltung).
Bei Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird das versicherte Krankentagegeld nur für die Dauer eines durch akute Erkrankung oder Unfall medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.
Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der EU bzw. EWR besteht seit MB/KT 2008 Versicherungsschutz analog zu den Regelungen eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in Europa.
Außerhalb Europas besteht - ohne dass besondere Vereinbarungen getroffen wurden - bedingungsgemäß kein Versicherungsschutz. Die Tarifbedingungen sehen z.T. eine Erweiterung des Geltungsbereiches, d.h. eine räumliche (z.B. auf außereuropäische Länder) und/oder umfangmäßige (z.B. bei ambulanter Behandlung innerhalb Europas) Ausdehnung vor.

Verzicht Karenzzeit bei Rückfallerkrankung

Erläuterung: Die Leistungspflicht des Versicherers setzt grundsätzlich nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Darunter versteht man den vertraglich fest vereinbarten Zeitraum zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem Tag, ab dem ein Tagegeld beansprucht werden kann. Diese Karenzzeit beträgt z.B. in den Tagegeldtarifen für Arbeitnehmer mindestens 6 Wochen; für diesen Zeitraum besteht eine gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Tritt innerhalb einer bestimmten Zeitspanne nach Beendigung einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, werden die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit (wegen der derselben Krankheit oder Unfallfolge) auf die zurückzulegende Karenzzeit angerechnet. Das Tagegeld wird also ggf. bei Rückfallerkrankungen und wiederholter Arbeitsunfähigkeit gezahlt, ohne dass erneut Karenzzeiten zu durchlaufen sind.

Verzicht Kurklausel

Erläuterung: Während Kur- und Sanatoriumsaufenthalten sowie während Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger besteht lt. MB/KT § 5 keine Leistungspflicht; tariflich kann Abweichendes geregelt sein. Manche Versicherer haben diese Leistungseinschränkung abgemildert und zahlen unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. nach vorausgegangenem Erkrankungen, das Tagegeld oder einen Teil davon.

Verzicht Alkoholklausel

Erläuterung: Gemäß MB/KT § 5 besteht keine Leistungspflicht für Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung (Trunkenheit) zurückzuführen sind. Die Krankheit oder Unfallfolge muss ursächlich auf die alkoholbedingte Bewusstseinsstörung, d.h. die (auch nur teilweise) gestörte Wahrnehmung und/oder bewusste Steuerung des Handelns der Person, zurückzuführen sein.

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Krankenvollversicherung

Verzicht auf Berufszuschläge

Erläuterung: Die Tarifbedingungen oder Tarife können Berufszuschläge als Ausgleich des erhöhten Risikos bestimmter Berufsgruppen (Gefahrenklassen), insbesondere in Tarifstufen mit geringen Karenzzeiten, vorsehen. Unbeschadet solcher Zuschläge haben alle Versicherer Annahmerichtlinien bezüglich der Versicherbarkeit, Höhe und Kombinationsfähigkeit von Tagegeldtarifen in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit.

Leistung bei Berufsunfähigkeit

Erläuterung: Gemäß MB/KT § 15 Abschnitt b) endet die Tagegeldversicherung mit Eintritt der Berufsunfähigkeit, d.h. mit einer dauerhaft über 50%igen Erwerbsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf. Bei Arbeitsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall endet das Versicherungsverhältnis nach Ablauf der tariflichen Leistungspflicht, spätestens jedoch drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (Nachhaftungszeit). Tariflich ist teilweise eine längere, als die 3monatige Leistungspflicht vorgesehen. Einige Versicherer bieten dem Versicherten in ihren Tarifbedingungen zudem ein Ruhen der Verträge für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder den Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente an, damit nach Beendigung einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit das Versicherungsverhältnis wieder zu den ursprünglichen Bedingungen fortgesetzt werden kann.

Leistung bei Arbeitslosigkeit

Erläuterung: Gemäß MB/KT § 15 Abschnitt a) endet die Tagegeldversicherung hinsichtlich des betroffenen Versicherten zum Ende des Monats, in dem eine tarifliche Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit wegfällt. Bei Arbeitsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall endet das Versicherungsverhältnis nach Ablauf der tariflichen Leistungspflicht, spätestens jedoch drei Monate nach dem Wegfall der Voraussetzung. Als Verdienstausfallversicherung setzt die Tagegeldversicherung tariflich i.d.R. voraus, dass die zu versichernden Personen selbständig erwerbstätig oder angestellt sind. Mit dem Erlöschen dieser Voraussetzung erlischt daher die Versicherungsfähigkeit. Besteht allerdings bei Eintritt der Arbeitslosigkeit ein Versicherungsfall, enden die Leistungspflicht und das Vertragsverhältnis bedingungsgemäß drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung. Tariflich ist teilweise eine längere, als die 3monatige Leistungspflicht vorgesehen. Einige Versicherer bieten dem Versicherten zudem ein Ruhen der Verträge für die Dauer der Arbeitslosigkeit an, damit nach Beendigung einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit das Versicherungsverhältnis wieder fortgesetzt werden kann.