

Inhalt	Seite	Inhalt	Seite
Adoptivkinder	289	Entbindung	301
Alternative Heilmethoden und Arzneimittel (Naturheilverfahren)	289	Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen	301
Altersteilzeit	289	Erhöhung des Versicherungsschutzes	301
Alterungsrückstellung	289	Ersatzleistungen bei Krankenhausaufenthalt	301
Anschlussheilbehandlung bzw. Anschluss- gesundheitsmaßnahme	289	Erschwerung	301
Anwartschaftsversicherung – Beiträge	290	Erstattungsanspruch – Was ist im Versicherungsfall zu tun?	301
Anzeigespflicht bei Antragstellung	291	Familienversicherung	302
Apotheker	291	Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)	302
Arbeitgeberwechsel	291	Freigabeverhandlungen	302
Arbeitgeberzuschuss	291	Freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV	303
Arbeitslosigkeit	291	Frühförderung und Sozialpädiatrie	303
Arbeitsunfähigkeit	292	Gärtner -> Landwirte	311
Arzneimittel	292	Gebührenordnungen	303
Arzneimittelmanagement	292	Gehaltsfortzahlung	303
Arztbericht-/Arztzeugniskosten	292	Gemischte Anstalten	303
Attestkosten	292	Generika-Prinzip	303
Auslandsreise-Krankenversicherung bei mehrjährigem Auslandsaufenthalt -> Kapitel Auslandsreiseversicherung	292	Geringfügige Beschäftigung	303
Auslandsschutz der GKV	292	Gesellschafter-Geschäftsführer	304
Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung	293	Gesetzlicher Zuschlag	304
Aussteuerung	293	Gesundheitslotsenprinzip	304
Basistarif	293	gesundheitservice360°	304
Befreiung von der Versicherungspflicht	295	GKV-Versichertenentlastungsgesetz	304
Beginn des Versicherungsschutzes	295	Grenzgänger	305
Begleitperson	295	Grenzwerte	305
Beihilfe	295	Hausarzt -> Primärarzt	313
Beitragsanpassung	295	Hausfrauenbeiträge in der GKV	305
Beitragsbemessungsgrenze	295	Haushaltshilfe/Häusliche Krankenpflege	305
Beitragsberechnung der GKV	296	Heilfürsorge	305
Beitragskalkulation der PKV	296	Heilmittel	305
Beitragsnachlass	296	Heil- und Kostenplan	305
Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus	296	Heilpraktiker	306
Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung	297	Hilfsmittel	306
Bergungskosten	297	Höchstaufnahmealter	306
Berufsunfähigkeit	297	Honorarvereinbarung	306
Berufsunfall	298	Hospiz und Palliativversorgung	306
Bescheinigungen	298	Impfungen	306
Betriebs-/Unternehmensnummer	298	Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)	306
Billigungsklausel	298	Karenztage	306
Body-Abdomen-Index	298	Kieferorthopädie	307
Body-Mass-Index	298	Kinderbeiträge der GKV	307
Brillen und Kontaktlinsen	298	Kinder-/Jugendlichen-/Erwachsenenbeiträge	307
Bundeswehr	299	Kindernachversicherung	307
Bürgerentlastungsgesetz	299	Kostenerstattung bei der GKV (§ 13 Abs. 2 SGB V)	307
Case-Management/Patientenbegleitung	299	Krankengeld bei der GKV	308
ChipCard	299	Krankenhaus, Wahlleistungen	308
Cost-Containment USA	299	Krankenhauswahl	308
Datenschutz	299	Krankenkassenwahl	308
Disease-Management/Patientenbegleitung	300	Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung	308
Doppel- und Mehrfachversicherung	300	Kündigung bei der GKV	309
DRG (Diagnosis Related Groups)	300	Kündigung bei der PKV	309
Dynamik	300	Kündigung durch die AXA Krankenversicherung	311
Eintrittsalter	300	Künstler/Publizisten	311
Eigenanteil in der GKV	300	Kur- und Sanatoriumsbehandlung	311
Elterngeld	300	Landwirte	311
Elternzeit	300	Leistungsende bei der GKV	311
		Leistungskürzung in der GKV	312
		Medi-Service	312
		Medizinische Notwendigkeit	312

Inhalt	Seite
Mutterschaftsgeld	312
Nachmeldepflicht	313
Nettoeinkommen -> Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung und Kapitel	308
Annahmerichtlinien	320
Notlagentarif	313
Obst- und Gemüsebauer -> Landwirte	311
Optionsmöglichkeiten	313
Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall	313
Primärarzt	313
Privatkliniken	313
Probeantrag	313
Progressionsvorbehalt	313
Psychotherapie	314
Rechnungs-Check	314
Regelmäßiger Verdienst	314
Rehabilitation	314
Rentner	314
Rück-/Vordatierung	314
Rücktritt	315
Ruhensvereinbarung	315
Scheidung	315
Selbstständige	315
Selbstbehalt	315
Selbstbeteiligung im Krankenhaus	315
Sozialgesetzbuch V	315
Soziotherapie	316
Standardtarif für Nichtversicherte (modifizierter Standardtarif) -> Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)	318
Steuern	316
Studenten	316
Teilstationäre Behandlung	316
Tierarzt	316
Transportkosten	316
USA – Auslandsbetreuung	316
Versicherungsjahr	316
Versicherungspflicht	316
Versorgungsbezüge	317
Vertragsgrundlage	317
Vorsorgeuntersuchungen	317
Wartezeiten	317
Wehrpflichtige	318
Weinbauern, Winzer -> Landwirte	311
Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)	318
Widerrufsrecht	318
Wohnortklausel	318
Zahnärztliche Leistungen	318
Zahnlaborkosten	318
Zahnstaffel	319
Zeitsoldaten	319
Zusatzbeitrag der GKV	319

Wichtig

In den Stichwörtern werden die AXA Krankenversicherung und die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung, unter der Bezeichnung des Risikoträgers AXA Krankenversicherung zusammengefasst, sofern nicht eine ausdrückliche Erwähnung der DBV Krankenversicherung aus inhaltlichen Gründen sinnvoll ist.

Adoptivkinder

Siehe Stichwort **Kinder-Nachversicherung**.

Alternative Heilmethoden und Arzneimittel (Naturheilverfahren)

Kosten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel werden erstattet, wenn sie von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies ist bei den meisten Behandlungen – auch durch Heilpraktiker – der Fall. Darüber hinaus wird aber auch für alternative Methoden und Arzneien geleistet, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie schulmedizinische Methoden. Eine Übersicht bietet hier das Merkblatt „Alternative Heilbehandlung“ (Nr. 21001935 – Fax-Abwurf: 0221 148-61177). Im Interesse der Kunden sollte **vor Behandlungsbeginn** geklärt werden, wie eine bestimmte Methode oder ein Arzneimittel einzuordnen ist. Der Leistungsbereich gibt in diesem Fall gerne genauere Auskunft.

Außerdem ist zu beachten, dass die Behandlungskosten nicht höher sein dürfen als bei Anwendung schulmedizinischer Methoden. Es wird auch vorausgesetzt, dass das medizinisch notwendige Maß nicht überschritten wird.

Falls keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden vorhanden sind – insbesondere bei derzeit noch unheilbaren Erkrankungen wie z. B. Krebs, AIDS und Multiple Sklerose –, leisten wir ebenfalls für alternative Heilmethoden. Auf jeden Fall empfiehlt sich eine Abklärung vor dem Therapiebeginn mit dem Leistungsbereich.

Zu den alternativen Heilmethoden zählen beispielsweise die Osteopathie und Chiropraktik.

Bei der Osteopathie unterscheidet man nach parietaler, viszeraler und kraniosakraler Behandlung, wobei eine Kostenerstattung nur für die parietale Behandlung möglich ist. Für die beiden anderen Techniken fehlt der Nachweis für die Wirksamkeit.

Die Osteopathie und Chiropraktik müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder physikalischen Therapeuten erbracht werden. Ein Osteopath oder auch ein Doctor of Chiropractic ist kein Heilbehandler im Sinne der AVB.

Altersteilzeit

Altersteilzeit bedeutet, dass der Berufstätige die vertragliche Arbeitszeit bis zum Rentenbeginn reduziert – z. B. auf 50%. Damit verbunden ist die Absenkung des Einkommens. Dadurch kann Krankenversicherungspflicht eintreten.

Wer in den letzten fünf Jahren privat krankenversichert war, wird in der Regel nicht krankenversicherungspflichtig. Gleiches gilt für Arbeitnehmer, die sich bereits vor der Altersteilzeit von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen. Die Versicherungspflicht gilt nicht für Altersteilzeitarbeitnehmer, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben – sie sind grundsätzlich versicherungsfrei.

Falls der Kunde in die GKV eintreten möchte, ist Folgendes zu beachten:

- Auf keinen Fall die private Krankenversicherung sofort kündigen! Zum Rentenbeginn kann der Versicherte wieder in die private Krankenversicherung wechseln.
- Stellen Sie den Vertrag ruhend, damit die Alterungsrückstellung des Kunden erhalten bleibt.
- Schließen Sie die Lücken der GKV durch Zusatzversicherungen.
- Nach Ablauf der Mindestzeit BEA-U beitragsfrei stellen.
- Verminderung des Krankentagegeldes aufgrund der geänderten Einkommenssituation notwendig.

Alterungsrückstellung

Der Beitrag für die private Krankenversicherung richtete sich bisher nach dem Geschlecht, dem Gesundheitszustand und dem Eintrittsalter. Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt ab dem 21.12.2012 das Kriterium „Geschlecht“ für die Beitragsberechnung. Da in höherem Alter auch höhere Leistungsausgaben anfallen, müsste der Beitrag mit zunehmendem Alter steigen. Damit das nicht passiert, wird ein Teil des Beitrags als Vorsorgepolster für das Alter angespart – die sogenannte Alterungsrückstellung. Im hohen Alter wird dieses Polster wieder

sukzessive aufgelöst, damit der Beitrag stabil bleibt (Im Fall einer Beitragsanpassung erfolgt diese aufgrund von Kostensteigerungen, aber nicht aufgrund der altersbedingten Mehrleistungen. Vgl. auch Stichwort **Beitragsanpassung**).

Die Alterungsrückstellung legen wir verzinslich an, wobei ein Teil der Zinsen garantiert sind und entsprechend einkalkuliert werden. Durch die Kapitalanlage der Alterungsrückstellungen erzielen wir in der Regel Zinsgewinne, die über den garantierten Zins hinausgehen. 90 % dieser zusätzlichen Zinsgewinne werden in der sogenannten „Zusätzlichen Alterungsrückstellung“ (kurz: ZAR) zur späteren Verwendung angesammelt.

Die ZAR-Mittel werden ab dem 65. Lebensjahr zur Beitragsstabilisierung verwendet. Das bedeutet, dass bei jeder Beitragsanpassung ab dem 65. Lebensjahr stets so viel aus der ZAR entnommen wird, wie man braucht, um den Beitrag stabil zu halten. Das geschieht so lange, wie ausreichend Mittel in der ZAR vorhanden sind.

Sind zum 80. Lebensjahr noch Mittel in der ZAR vorhanden, wird diese komplett ausgeschüttet und es kommt zu einer Beitragssenkung.

Mit Einführung des Basisstarifs zum 01.01.2009 wird eine Mitgabe von Teilen der Alterungsrückstellungen möglich.

Bestandskunden mit Versicherungsbeginn **vor** dem 01.01.2009: Die Mitgabe der Alterungsrückstellungen ist nur möglich bei Wechsel in den Basisstarif des bisherigen Versicherers und

- Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- Anspruch auf Rente oder Ruhegehalt oder
- Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII

Neukunden mit Versicherungsbeginn **ab** dem 01.01.2009:

- beim Wechsel zu einem neuen Versicherer in den Basisstarif oder Normaltarif erfolgt die Mitgabe der Alterungsrückstellungen in Höhe des Basisstarifes
- Wechsel beim bisherigen Versicherer in den Basisstarif erfolgt unter Mitgabe der kompletten Alterungsrückstellung

Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)

Bei der Anschlussheilbehandlung und der Anschlussgesundheitsmaßnahme handelt es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Versicherungsträger, die sich unmittelbar an die stationäre Behandlung anschließen müssen. Zwischen Beendigung der Behandlung im Akutkrankenhaus und dem Beginn der AHB bzw. AGM dürfen im Bereich Privat höchstens zwei Wochen und im ÖD-Bereich höchstens vier Wochen liegen. Im Tarif ActiveMe gilt eine Frist von vier Wochen. Die Kosten werden in der Regel (Angestellte, ggf. Selbstständige) vom Rentenversicherungsträger aufgrund einer bestehenden oder früheren Mitgliedschaft gezahlt.

Wichtig:

Sobald der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit einer AHB/AGM **das erste Mal informiert**, soll der Kunde

- bei seinem Renten- oder sonstigen Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA, LVA, Bundesknappschaft), Berufsgenossenschaft, Ärztersversorgung) einen Antrag auf Kostenübernahme stellen (bzw. vom Sozialen Dienst im Krankenhaus stellen lassen), da die Leistungen des (Renten-)Versicherungsträgers **vor Beginn** der Maßnahme beantragt sein müssen,
- sofern beihilfeberechtigt, soll der Kunde Kontakt mit seiner zuständigen Beihilfestelle aufnehmen,
- den **Leistungsbereich** telefonisch **informieren**, damit eventuell notwendige Hinweise rechtzeitig gegeben werden können.

Falls der Renten- oder sonstige Versicherungsträger Leistungen ganz oder teilweise ablehnt, prüft die AXA Krankenversicherung die Möglichkeit einer Kostenübernahme im bedingungsangemessenen Umfang. In diesem Fall muss der Ablehnungsbescheid vorgelegt werden.

Die Anschrift der Deutschen Rentenversicherung Bund lautet: 10704 Berlin, Telefon: 030 865-0 Servicetelefon: 0800 1 0004800

Wann werden die Kosten für eine Anschlussheilbehandlung bzw. für eine Anschlussgesundheitsmaßnahme übernommen?

- 1.Voraussetzung: Die AHB bzw. AGM ist medizinisch indiziert.
- 2.Voraussetzung: **Kein** Anspruch auf Kostenübernahme durch den gesetzlichen Reha-Träger (Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA, LVA, Bundesknappschaft), BG, GKV ...) oder sonstigen Kostenträger. (Ausnahme: Beihilfeleistung)
- 3.Voraussetzung: Beginn des Aufenthaltes maximal 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus
- 4.Voraussetzung: **Grundsätzlich: vorherige schriftliche Zusage** (weil die Durchführung meist in einer „gemischten Anstalt“ erfolgt).

Bei den folgenden Diagnosen verzichten wir gemäß VG 001 §4 MB/KK Nr. 27 TB 2012 auf die vorherige schriftliche Leistungszusage:

- Bypass-Operation
- Herz-/Reinfarkt oder Herztransplantation
- Gelenkersatzoperationen
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- Bandscheibenoperation
- Krebsoperation oder -bestrahlung
- Nierentransplantation
- schwere Schädel-Hirn-Verletzungen

- Sind alle 4 Voraussetzungen erfüllt, werden die Kosten entsprechend den AVB und dem Tarif übernommen.

Siehe auch Stichwort **Kur und Sanatoriumsbehandlung**.

Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung (AWV) dient dem Erwerb und der Wahrung von Rechten für Zeiten, in denen der Versicherungsschutz unterbrochen wird. Für Heilfürsorgeberechtigte ist auch eine AWV ab Beginn möglich (s. a. Annahmerichtlinien Seite 320). Während der Anwartschaft besteht kein Versicherungsschutz. Die Dauer der AWV wird auf evtl. vorhandene Wartezeiten angerechnet. Wir unterscheiden zwischen der Großen und der Kleinen AWV.

Große AWV

Bei der Großen Anwartschaft wird der ursprüngliche Vertragszustand festgehalten. Eine Aktivierung – also die Inkraftsetzung des Vertrages – ist ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich. Die Alterungsrückstellungen werden während der Anwartschaft weiterhin aufgebaut. Nach Beendigung der Anwartschaft ist der Beitrag für die Krankenversicherung zu zahlen, der zu zahlen wäre, wenn der Vertrag ununterbrochen mit Leistungsanspruch bestanden hätte.

Achtung – durch evtl. Beitragsanpassungen während der Anwartschaft kann sich der Beitrag nach der Anwartschaft von dem Beitrag vor der Anwartschaft unterscheiden.

Kleine AWV

Bei der Kleinen Anwartschaft wird der ursprüngliche Vertragszustand festgehalten. Eine Aktivierung des Vertrages ist ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich. Die Alterungsrückstellungen werden während der AWV konserviert.

Bei Inkraftsetzung wird der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter berechnet. Soweit anrechenbare Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaft vorhanden sind, werden diese beitragsmindernd angerechnet.

Anwartschaftsversicherung – Beiträge

Der Beitrag für die Kleine Anwartschaft beträgt 5% des Tarifbeitrags. Die Beitragsätze für die Große Anwartschaft finden Sie in der folgenden Tabelle:

Tarif	in % des Monatsbeitrags der Grundversicherung bei einer Versicherungsdauer		
	bis 4 Jahre	5 bis 9 Jahre	ab 10 Jahre
Vollversicherung Privatwirtschaft			
Vital300-U	55 %	50 %	45 %
Vital900-U	60 %	50 %	45 %
ActiveMe-U	50 %	45 %	40 %
EL Bonus-U	50 %	45 %	40 %
KGSU-U	80 %	75 %	65 %
Premium Zahn-U	30 %	20 %	10 %
Komfort Zahn-U	30 %	20 %	10 %
Kompakt Zahn-U	20 %	15 %	10 %
Vollversicherung Privatwirtschaft Heilberufe			
VA6-U	45 %	40 %	40 %
VA6-900-U	60 %	50 %	50 %
VA2-U	45 %	40 %	40 %
KGH2-U	60 %	60 %	55 %
VZ600-U	55 %	55 %	50 %
VZ Zahn-U	60 %	50 %	30 %
Sinnvolle Ergänzungen			
KHT-U	60 %	55 %	50 %
KHTA-U	65 %	65 %	60 %
KUR-U	85 %	80 %	60 %
Zusatzversicherung Privatwirtschaft			
EG035-U	50 %	40 %	20 %
EG080-U	30 %	20 %	5 %
Komfort-U	60 %	55 %	55 %
Med Komfort-U	40 %	30 %	20 %
KGH2-UZ	60 %	60 %	55 %
KUR-UZ	85 %	80 %	60 %
Krankentagegeldversicherungen			
KTG 21-U	35 %	25 %	15 %
KTG 28-U	35 %	25 %	15 %
KTGV 42-U	50 %	40 %	25 %
KTGG 42-U	45 %	30 %	15 %
KTG 91-U	45 %	40 %	20 %
KTG 182-U	45 %	40 %	20 %
KTGA 14-U	50 %	40 %	30 %
KTGA 21-U	50 %	40 %	30 %
KTGA 28-U	50 %	40 %	30 %
KTGA 42-U	55 %	45 %	35 %
Vollversicherung ÖD s. Kapitel „Beihilfeberechtigte“ S. 146			

Es gelten die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die große Anwartschaft“ VG087.

Der Anwartschaftsbeitrag für **Tarif PVN** beträgt 6,40 Euro und für **Tarif PVB** 4,98 Euro.

Für folgende Tarife ist **keine Anwartschaft** möglich:

- ARE
- ARE-A
- SingleTRAVEL
- DENT
- Optionstarife
- VIA
- VIAmed
- VIAplus
- Ausbildungstarife

Für BEA-U ist nur die kleine Anwartschaft möglich.

Anzeigepflicht bei Antragstellung

Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Kunden ist die wesentliche Grundlage für einen gesunden Bestand und Voraussetzung für reibungslose Abläufe in einem Vertragsverhältnis, das seinem Wesen nach ohne vermeidbaren Ärger nur auf der Basis gegenseitigen Vertrauens funktioniert. Beachten Sie bitte auch die Präambel vor den Fragen zum Gesundheits- und Gebisszustand. Alle Angaben zur Vorgeschichte müssen im Antrag vermerkt sein – dann kann später nichts passieren.

Hier hat der Vermittler, insbesondere, wenn er selbst den Antrag ausfüllt, eine besonders hohe Mitverantwortung. Auch eine Bagatellisierung stellt eine Anzeigepflichtverletzung dar.

Wird der Antrag nach dem Invitativmodell aufgenommen, so betrifft die Anzeigepflicht auch noch die Zeit zwischen Invitatio zur Angebotsabgabe und Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss. Sagen Sie dem Kunden, dass er eventuelle Veränderungen des Gesundheits- und/oder Gebisszustandes bzw. Schwangerschaften bitte umgehend schriftlich nachmelden soll, wenn sie vor der Antragsannahme eintreten.

Die Anzeigepflicht einschließlich dieser Nachmeldepflicht gilt entsprechend für Angaben zu Vorversicherung, Beruf, Alter und Familienstand. Beim Antragsmodell unterliegt der Versicherungsnehmer keiner Nachmeldepflicht.

Apotheker

Für eine Vollversicherung gelten die Tarife der Arbeitnehmer und Selbstständigen.

Zu den Krankentagegeldern einschließlich der versicherbaren Tagegeldhöhen und Krankenhaustagegeldern einschließlich der Tagegeldhöhen siehe Kapitel **Annahmerichtlinien**.

Arbeitgeberwechsel

Bei Wechsel des Arbeitgebers sind Arbeitnehmer nicht mehr versicherungspflichtig, wenn ihr neues Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Wenn sich das Einkommen des Kunden z. B. durch Arbeitgeberwechsel stark verändert, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Siehe auch Stichwörter **Jahresarbeitsentgeltgrenze**, **Kündigung bei der GKV**, **Optionsmöglichkeiten**.

Arbeitgeberzuschuss

Arbeitnehmer mit einer privaten Vollkostenversicherung erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss, wenn ihr Vertrag Leistungen vorsieht, die der Art nach den Leistungen der GKV entsprechen. Der Zuschuss wird nur gewährt, wenn das Versicherungsunternehmen gem. § 257 SGB V folgende fünf Voraussetzungen erfüllt (trifft für AXA zu):

1. Die Krankenversicherung muss nach Art der Lebensversicherung betrieben werden.
2. Das Versicherungsunternehmen muss den Basistarif anbieten.
3. Der überwiegende Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, muss zugunsten der Versicherten verwendet werden.
4. Auf das vertragliche ordentliche Kündigungsrecht muss verzichtet werden.
5. Die Krankenversicherung darf nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betrieben werden.

Für Beiträge von privat krankenversicherten Familienangehörigen ist der Zuschuss zu zahlen, wenn bei Mitgliedschaft des Arbeitnehmers in

der GKV Anspruch auf Familienversicherung bestünde. Bei alleine bestehenden Zusatzversicherungen wird kein Arbeitgeberzuschuss gezahlt.

Bislang gab es unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob der nicht ausgeschöpfte Arbeitgeberzuschuss eines PKV-versicherten Angestellten für dessen freiwillig versicherte Familienangehörige (GKV) beansprucht werden darf. Mit seinem Urteil vom 20.03.2013 hat das Bundessozialgericht diesen Anspruch nun abgelehnt.

Begründung: § 257 Abs. 2 SGB V setzt für die Anrechnung voraus, dass der Angehörige „Vertragsleistungen“ (= PKV) und nicht „Sachleistungen“ (= GKV) bezieht; d. h. der Angehörige des anspruchsberechtigten Beschäftigten muss ebenfalls in der PKV versichert sein.

Wird ein Arbeitnehmer nicht zum Ersten eines Kalendermonats eingestellt, so kann der Arbeitgeber den Zuschuss zeitanteilig zahlen (z. B. nur 50 % bei Einstellung am 15. des Monats).

Der maximale Arbeitgeberzuschuss zum PKV-Beitrag wird jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres neu festgelegt. Der Arbeitgeberzuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages für die private Vollkostenversicherung, jedoch maximal die Hälfte des Beitrags, der bei Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes inklusive des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre (siehe Tabelle Seite 3). Für eine Krankenhaustagegeldversicherung in Verbindung mit einer Vollkostenversicherung gibt es einen Arbeitgeberzuschuss – nicht jedoch für eine Pflegezusatzversicherung.

Zur privaten Pflegepflichtversicherung (PVN) zahlt der Arbeitgeber einen Zuschuss in halber Beitragshöhe, maximal jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV). Dieser Höchstbeitrag (siehe Tabelle Seite 3) gilt auch für Kunden, die seit dem 01.01.1995 in der PKV pflegeversichert sind.

Eine entsprechende Bestätigung über die versicherten Tarife und den Beitragsaufwand wird automatisch mit dem Versicherungsschein und danach jeweils zum Jahreswechsel zugeschickt.

Siehe Stichwort **Bescheinigungen** und **Grenzwerte**, S. 3.

Arbeitslosigkeit

Werden privat krankenvollversicherte Arbeitnehmer arbeitslos, so müssen sie sich grundsätzlich in der GKV versichern. Voraussetzung ist, dass sie Arbeitslosengeld I erhalten. Der Arbeitslose kann sich innerhalb von 14 Tagen entscheiden, in welcher Krankenkasse er Mitglied werden will. Übt er sein Wahlrecht nicht aus, so bestimmt das Arbeitsamt die Kasse.

Seit 01.04.1998 können sich privat Krankenversicherte bei Arbeitslosigkeit auch von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Vorausgesetzt, sie waren in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert. Tritt die Versicherungspflicht aufgrund Arbeitslosigkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres ein, muss unterschieden werden:

- bei Bezug von Arbeitslosengeld I ist eine Befreiung nicht notwendig, der Bezug des Arbeitslosengeldes I löst bei diesem Personenkreis also keine Versicherungspflicht aus (es sei denn, sie erfüllen die „Vorversicherungszeit“ von 5 Jahren nicht, siehe Stichwort **Versicherungspflicht**).

Befreit sich der Kunde nicht von der Versicherungspflicht, so kann – mit Nachweis der Arbeitslosigkeit – die Vollversicherung bei uns zum Monatsende beendet werden oder aber sie wird für 6 Monate beitragsfrei ruhend gestellt. Gegen Zahlung von Anwartschaftsbeiträgen ist eine Verlängerung des Ruhens auf insgesamt 36 Monate möglich. Ausnahme von der Versicherungspflicht: ALG II siehe §5 Absatz 5 a SGBV.

Der Versicherte sollte uns schnellstmöglich über den Eintritt der Arbeitslosigkeit informieren. Ggf. ist eine Anpassung der KT-Absicherung notwendig. Das Tagegeld wird, wenn nicht die Möglichkeit der kompletten Anwartschaft gewählt wird, auf das geminderte Nettoeinkommen, d. h. die vom Arbeitsamt zu erbringenden Leistungen (Arbeitslosengeld I/II, Unterhaltsgeld, Beiträge zur privaten Kranken und Pflegeversicherung sowie zur gesetzlichen (oder privaten) Rentenversicherung, die der Arbeitslose selbst zahlt), herabgesetzt. Der darüber hinausgehende Teil kann für die Zeit der Arbeitslosigkeit,

max. aber für 3 Jahre, auf Anwartschaft gesetzt werden. Tritt während der Arbeitslosigkeit eine Arbeitsunfähigkeit ein, erhält der Arbeitslose für 42 Tage Leistungen vom Arbeitsamt. Ab dem 43. Tag sieht das Arbeitsamt keine Leistungen mehr vor, so dass dann Leistungen aus der (geminderten) KT-Versicherung erbracht werden. Die Leistung wird für längstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt (s. auch Aussteuerung). Achtung: Diese Regelung ist nicht mit der Regelung der VG 002 MB/KT Nr. 35 TB 2012 zu verwechseln. Nr. 35 regelt die Zahlung des Krankentagegeldes, wenn zum Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit bereits eine Arbeitsunfähigkeit bestand. In diesen Fällen wird das versicherte Krankentagegeld bis max. 12 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit – in bisheriger Höhe – weitergezahlt.

Arbeitsunfähigkeit

Was ist Arbeitsunfähigkeit?

Eine Arbeitsunfähigkeit liegt gemäß § 1 (3) MB/KT vor, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund seine berufliche Tätigkeit vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Es muss also eine vorübergehende und 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen.

Teilarbeitsunfähigkeit bei Arbeitnehmern

Im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung im Sinne von § 74 SGB V oder § 28 SGB IX wird Krankentagegeld auch gezahlt, wenn keine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. Die Zahlungen erfolgen bis zum Ende der Wiedereingliederung, aber höchstens für einen Zeitraum von 6 Monaten. Vergütungen des Arbeitgebers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

Teilarbeitsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei einer Teilarbeitsunfähigkeit erfolgt keine Krankentagegeldzahlung.

Teilarbeitsunfähigkeit bei Ärzten/Zahnärzten

Im KTGA 14U bis KTGA 42U Zahlung auch ab 50 % Teilarbeitsunfähigkeit, wenn unmittelbar vorher mindestens 14 Tage 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, entsprechend dem Grad der Teilarbeitsunfähigkeit, bis zu 6 Wochen.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Unsere Kunden erhalten ihr KT ungekürzt ausgezahlt. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von uns direkt an die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg überwiesen – der Versicherte muss sich hierum nicht kümmern.

Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Diese Beiträge trägt der Kunde während der Arbeitsunfähigkeit selbst.

Gesetzliche Rentenversicherung

Damit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auch nach Ablauf der Gehalts- oder Lohnfortzahlung in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) angerechnet werden, können privatversicherte Arbeitnehmer für längstens 18 Monate freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung zahlen. Hierzu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden.

Versorgungslücke bei GKV-Versicherten

Das von der GKV berechnete Krankengeld darf höchstens 90 % des Nettolohns betragen, darüber hinaus vermindert sich das Krankengeld der GKV noch um den Anteil, den Versicherte an die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zu entrichten haben. Die entstehende Versorgungslücke kann durch eine KT-Versicherung ausgeglichen werden.

Die Leistungsbearbeitung

- Der Kunde informiert den Versicherer telefonisch oder schriftlich über die Arbeitsunfähigkeit, wenn absehbar ist, dass die Arbeitsunfähigkeit über die Karenzzeit (z. B. 42 Tage) hinausgeht. Diese Meldung muss innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit erfolgen (VG 002 § 9 MB/KT Nr. 26 TB 2012).
- Der Kunde erhält ein Formular zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit. Dieses Formular wird vom Arzt des Versicherten ausgefüllt und an den Versicherer wieder zugeschickt. Nach der Bearbeitung geht ein Formular wieder an den Kunden zurück, damit die weitere Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden kann.
- Das Krankentagegeld kann nur für einen rückwirkend bestätigten Zeitraum gezahlt werden. Für Prognosen in die Zukunft wird kein Krankentagegeld gezahlt.

Arzneimittel

Erstattet werden die Kosten für alle aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogenen Arzneimittel (VG 001 § 4 (3) MB/KK und Nr. 21 und 22 TB 2012 bzw. § 5 Abs. 2 AVB/KGV), die vom Leistungserbringer im Gesundheitswesen vor dem Bezug verordnet wurden und medizinisch notwendig sind, jedoch nicht:

- empfängnisverhütende Mittel
 - Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder Steigerung der sexuellen Potenz
 - Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung, Regulierung des Körpergewichts und Abführmittel
 - Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses und Raucherentwöhnung
 - Präparate im Rahmen von Anti-Aging-Behandlungen, Lifestyle- oder kosmetischen Behandlungen
 - Vitaminpräparate, Stärkungsmittel
 - kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze und Mineralwässer
- Wenn der Leistungserbringer im Gesundheitswesen keine Rechnung ausstellt, muss die Verordnung die Diagnose enthalten.

Siehe auch Stichwort [Alternative Heilmethoden und Arzneimittel \(Naturheilverfahren\)](#).

Arzneimittelmanagement

Weitere Informationen zum [gesundheits-service360°](#) von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

Arztbericht-/Arztzeugniskosten

Die Kosten für (zahn)ärztliche Zeugnisse (z. B. Untersuchungs-, Ausstellungs-, Röntgen- und Laborkosten) gehen zu Lasten des Antragstellers und werden von uns nicht übernommen.

Ausnahme: Bei einem [Neuantrag auf Abschluss des Basistarifes](#) übernehmen wir die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Zeugnisse sowie Untersuchungen.

Siehe auch Kapitel [Annahmerichtlinien](#).

Attestkosten (Leistung)

Kosten für die Erstellung von Attesten, zum Beispiel eines Zahnschemas (Zahnstatus, Röntgenaufnahme) und Kosten für Bescheinigungen im Leistungsfall (z. B. Nachweis bei der Krankenhaustagegeldversicherung) sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

Auslandsschutz der GKV

Leistungen für Erkrankungen im Ausland erbringt die GKV grundsätzlich nur, wenn mit dem entsprechenden Staat ein [Sozialversicherungsabkommen](#) besteht. Abkommen bestehen mit folgenden Staaten:

EU-/EWR-Länder (inkl. Schweiz): Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien (abhängig vom Ausgang der Brexit-Verhandlungen), Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil).

Nicht-EU-/EWR-Länder: Bosnien-Herzegowina, Grönland, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien.

Nach dem Sozialgesetzbuch ist es erforderlich, dass der „Auslandskrankenschein“ in Anspruch genommen wird. In der Praxis wird jedoch auch dann geleistet, wenn der ausländische Arzt diesen Krankenschein nicht annimmt. In diesen Fällen erstattet die GKV den Satz, den sie der ausländischen Krankenkasse bei Verwendung des Auslandskrankenscheins hätte erstatten müssen.

Da diese Sätze die Privatliquidationen der ausländischen Ärzte in aller Regel nicht abdecken, verbleibt dem GKV-Versicherten häufig eine sehr hohe Eigenbelastung. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer [Auslandsreisekrankenversicherung](#).

Diese ist erst recht erforderlich bei Reisen in Staaten, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Für die dort entstehenden Krankheitskosten erbringt die GKV in keinem Fall Leistungen. Die GKV übernimmt auch nicht die Kosten des medizinisch notwendigen

Rücktransportes.

Nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 28.4.1998 ist die GKV in bestimmten Fällen, die über die Akutbehandlung hinausgehen, verpflichtet, Behandlungen im EU-Ausland nach den Sätzen zu erstatten, die auch bei einer Behandlung im Inland zu zahlen gewesen wären.

Im Einzelfall empfiehlt sich eine Rückfrage bei der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse.

Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Aufenthalt in einem Land der EU und des EWR

In den ersten sechs Monaten eines Aufenthaltes in einem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland entstehen würden, leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.

Über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus, besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn mit dem Versicherungsnehmer eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Diese Vereinbarung kann befristet werden oder ein angemessener Beitragszuschlag für das erhöhte Risiko erhoben werden.

Aufenthalt außerhalb der EU und des EWR

Voraussetzung: Der Versicherungsnehmer verfügt über eine Postanschrift und Kontoverbindung in Deutschland.

In den ersten 12 Monaten der Vertragslaufzeit besteht für Aufenthalte bis zu 6 Wochen Versicherungsschutz.

Bei einer Vertragslaufzeit von mehr als 12 Monaten besteht für einen Auslandsaufenthalt bis zu 6 Monaten Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.

Geht der Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 6 Monaten hinaus, besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn mit dem Versicherungsnehmer eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Diese Vereinbarung kann befristet werden. Im Tarif ActiveMe wird die Vereinbarung auf einmalig maximal 3 Jahre befristet. Außerdem kann ein angemessener Beitragszuschlag für das erhöhte Risiko erhoben werden.

Siehe auch **Besonderheiten Öffentlicher Dienst Ausland** im Kapitel **Annahmerichtlinien**.

Krankentagegeldversicherung

Für **Arbeitnehmer** besteht Versicherungsschutz in **Europa** (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (1) TB 2012) für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die akut im europäischen Ausland aufgetreten sind.

Für **Selbstständige** erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Deutschland. Für im europäischen Ausland akut eingetretene Krankheiten und Unfälle wird Selbstständigen Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag, für längstens 30 Tage gezahlt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnort ausgeschlossen ist (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (2) TB 2012).

Darüber hinaus wird das Krankentagegeld infolge akuter Erkrankung oder eines Unfalls bei Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus bei **Angestellten** und **Selbstständigen** weltweit gezahlt (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (3) TB 2012).

Pflegeversicherung (Pflicht- oder Ergänzungsversicherung)

Der Versicherungsschutz der Pflegeversicherung erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland (§ 1 (12) MB/PPV, § 1 (11) AVB/EPV). Beim Wegzug ins Ausland gilt § 15 (3) MB/PPV (Ende der Versicherung oder besondere Vereinbarung).

Seit dem 01.01.2012 besteht auch bei einem Auslandsaufenthalt im Bereich des EWR und der Schweiz Versicherungsschutz. In der Pflegepflichtversicherung erbringen wir Pflegegeldleistungen; aus der Pflegeergänzungsversicherung werden Pflegegeld und Sachleistungen erbracht.

Aussteuerung

Bei der GKV wird Krankengeld für dieselbe Krankheit höchstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Zur Besteuerung der Leistungen, siehe Stichwort **Progressionsvorbehalt**.

Die Verdienstaussfalltarife enthalten keine Beschränkung der Leistungsdauer: Siehe aber Stichwort **Berufsunfähigkeit**.

Ausnahmen:

- Macht ein Versicherter von seinem Befreiungsrecht bei Eintritt der Arbeitslosigkeit (s. auch dort) Gebrauch, ist die Leistungsdauer des KT-Tarifes – analog der GKV – auf 78 Wochen begrenzt.

Basistarif

Zum 01.01.2009 wurde der Basistarif eingeführt, der nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sein muss. Die Leistungsinhalte finden Sie in der folgenden Gegenüberstellung.

Anfragen/Anträge zum Basistarif für bisher nicht krankenversicherte Personen richten sie bitte an:
AKBasistarif-Nichtversicherte@axa.de

	PKV-Tarife	Basistarif
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> - Status als Privatpatient - vollständig freie Wahl unter allen ambulant tätigen Ärzten; auch ambulant tätigen Krankenhausärzten, ggf. unter Beachtung des Primärarztprinzips - Höhere Vergütung begünstigt Erbringung zeitintensiver Leistungen und rasche Terminvergabe - Arztwechsel jederzeit möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Vertragsärzte - eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus - GKV-ähnliche Vergütung erschwert zuweilen die Terminabsprache
Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> - alle zugelassenen Arzneimittel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit - Erstattung in Höhe der tatsächlichen Preise - keine Arzneimittelbudgets 	Zuzahlung auf 6 EUR je Arzneimittel begrenzt. Erstattet wird in der Regel die Höhe des preisgünstigsten Nachahmermedikaments derselben Wirkstoffgruppe
Heilpraktiker	tarifabhängig	nein
Heilmittel	<ul style="list-style-type: none"> - freie Wahl der Leistungsanbieter (z. B. Physiotherapie, Logopädie etc.) - individueller Umfang je nach medizinischer Notwendigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - freie Wahl der Leistungsanbieter - Zuzahlung von 2 EUR je Heilmittel und 10 EUR pro Verordnung
Hilfsmittel	- tarifindividuelle Regelung	- Leistung nach Hilfsmittelverzeichnis Zuzahlung 8 – 10 EUR
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> - freie Krankenhauswahl - tarifabhängig Chefarztbehandlung - tarifabhängig Unterbringung im Einoder Zweibettzimmer 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrbettzimmer - Krankenhauswahl: Einweisung durch Arzt erforderlich; Patient ist an Einweisungsentscheidung gebunden - Zuzahlung von 10 EUR/Tag (bis zu 28 Tage) - kein Anspruch auf Behandlung durch bestimmten Arzt
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - i. d. R. begrenzt auf Anschlussheilbehandlung - Ergänzung um Kurtarife möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Anschlussheilbehandlung; Zuzahlung von 10 EUR/Tag (bis zu 28 Tage) - Rehabilitation; Zuzahlung von 10 EUR/Tag

	PKV-Tarife	Basistarif
Psychotherapie	unterschiedlicher Leistungsumfang je nach Tarif	<ul style="list-style-type: none"> - Genehmigung nach Begutachtung - nach Genehmigung durch PKV/Beihilfe - gesetzlich vorgegebener Leistungsumfang; bei definierter seelischer Krankheit und wenn Behandlungserfolg erwartet werden kann
Krankengeld	individuelle Tarifgestaltung in Dauer und Höhe (in der Regel bis zum Nettoeinkommen)	70 % des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens; abzüglich Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung, Pflegeversicherung
Vorsorge	je nach Tarif; Früherkennung und Vorbeugung mindestens im Umfang der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme	je nach Tarif; Früherkennung und Vorbeugung mindestens im Umfang der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme
Impfungen	in der Regel die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (StlKo) beim Robert-Koch-Institut für Deutschland	Empfehlungen der StlKo
Zahnprophylaxe	individuelle Zahnprophylaxe; keine Gruppenprophylaxe	eingeschränkte individuelle Prophylaxe für Kinder und Jugendliche; keine Gruppenprophylaxe
Zahnbehandlung	versichert sind alle medizinisch notwendigen Leistungen unter Einschluss auch hochwertiger Behandlungsformen (z. B. Inlays).	versichert sind alle medizinisch notwendigen Leistungen unter Einschluss auch hochwertiger Behandlungsformen (z. B. Inlays).
Zahnersatz	Umfang des Versicherungsschutzes unterliegt individueller Gestaltung je nach Tarif; Erstattung bis zu 100 %	Erstattung von 50 bis 65 % der zahnärztlichen Standardversorgung der GKV
Kieferorthopädie	je nach Tarif; z. T. auch für Erwachsene	Leistungspflicht für Kinder; in seltenen Fällen auch für Erwachsene
Künstliche Befruchtung	100 % Kostenübernahme bei Verheirateten und bei Erfolgsaussicht	50%-ige Leistungspflicht bei Verheirateten in bestimmten Altersgrenzen; max. 3 Versuche bei Erfolgsaussicht
Fahrtkosten	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsfahrten - Krankenhausfahrten - ambulante Krankentransporte je nach Tarif 	<ul style="list-style-type: none"> - Rettungsfahrten - Krankenhausfahrten - ambulante Krankentransporte in Ausnahmefällen; Zuzahlung von 10 EUR
Versicherungsschutz im Ausland	Heilbehandlung in Europa; während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch dort	eingeschränkte Leistungen in der Europäischen Union (EU), der Schweiz und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Befreiung von der Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV ist in folgenden Fällen möglich (§ 8 (1) SGB V):

- Bei Versicherungspflicht aufgrund Änderung der JAEG
- Bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit (§ 8 (1) 2 SGB V).
- Bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung, wenn die Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger der betriebsüblichen Arbeitszeit reduziert wird und bereits seit mindestens 5 Jahren Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. **Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.**
- Bei Stellung des Rentenanspruchs (siehe Stichwort **Rentner**).
- Bei Eintritt der Versicherungspflicht als Student (siehe Stichwort **Studenten**). **Die Befreiung gilt nur während des Studiums.**
- Als Behinderter bei Beschäftigung in einer Einrichtung für Behinderte. **Die Befreiung ist unwiderruflich.**
- Künstler. Die **Befreiung ist unwiderruflich.** (Siehe auch Stichwort **Künstler/Publizisten**).
- Landwirte. **Die Befreiung ist unwiderruflich.**

Der Befreiungsantrag ist innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen.

Die Befreiung wird rückwirkend zu dem Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem die Versicherungspflicht eingetreten ist, sofern noch keine Leistungen der GKV in Anspruch genommen wurden. Der Befreiungsantrag ist bei der gesetzlichen Krankenkasse zu stellen, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat.

Hat der bisher in der GKV Versicherte bereits Leistungen erhalten, die in die Zeit nach Eintritt der Versicherungspflicht fallen, so gilt die Befreiung ab dem 1. des Monats nach Antrag auf Befreiung.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (technischer Beginn), jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages.

Liegt die Annahme des Antrages nach dem Versicherungsbeginn, können Leistungen frühestens ab dem Tag des Zustandekommens des Vertrages gezahlt werden. Für Versicherungsfälle, die vor dem Zustandekommen eintreten, wird nicht geleistet. Wird der Antrag nach dem Invitativmodell aufgenommen, müssen eventuell auftretende Veränderungen im Gesundheits- und Gebisszustand, eingetretene Schwangerschaften sowie beantragte, abgelehnte oder zustande gekommene Versicherungen bei anderen Krankenversicherern durch den Kunden schriftlich und unverzüglich an die Hauptverwaltung der AXA Krankenversicherung nachgemeldet werden. Diese Nachmeldepflicht besteht bis zur Annahme unseres Angebotes (Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss) durch den/die Versicherungsnehmer/in.

Beim Antragsmodell entfällt die Nachmeldepflicht. Sind Wartezeiten zu durchlaufen, beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf dieser Wartezeiten. Bei Unfällen entfällt die allgemeine Wartezeit. Siehe auch Stichwort **Wartezeiten**.

Begleitperson

Ist es medizinisch notwendig, dass ein Kind während einer vollstationären Behandlung von einem Angehörigen (in der Regel von einem Elternteil) begleitet wird, so sind die hierfür anfallenden Kosten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen aus dem Stationärarbitarief des Kindes erstattungsfähig – unabhängig davon, ob der Angehörige bei uns versichert ist oder nicht. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach dem in der Vereinbarung zwischen PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgehandelten Betrag (zzt. 45 Euro). Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme ist vom Krankenhausarzt zu bescheinigen.

Von einer medizinischen Notwendigkeit kann ausgegangen werden bei

- Personen/Angehörigen von Kindern im Stillalter
- Personen/Angehörigen von Kindern mit Behinderung, die nur über die Eltern kommunizieren können
- Personen/Angehörigen von Kindern mit Behinderung, die zur Unterstützung der Therapie notwendig sind.

Liegen andere medizinische Gründe vor, ist es ratsam, dass sich der Versicherte vorab mit uns in Verbindung setzt, um die Kostenübernahme zu klären.

Auch wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, können AXA Versicherte ihre Kinder bei einem vollstationären Aufenthalt begleiten.

Voraussetzung für die Kostenübernahme der medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:

- der entsprechende Tarif sieht derartige Leistungen vor (s. Tarifblatt)
- das Kind ist noch nicht 7 Jahre alt

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, übernehmen wir die anfallenden Kosten für maximal 5 Tage aus dem Tarif des Kindes.

Beihilfe

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt.

Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüberstehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheits-, Pflege- und Geburtskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Die prozentuale Höhe der Absicherung ist abhängig von der jeweiligen Beihilferegelung des Dienstherrn (Bundes-, Landesbeihilfe), aber auch stets vom Familienstand.

Wer laufend Dienst-, Anwärter- oder Versorgungsbezüge erhält, der ist auch beihilfe- und zugleich antragsberechtigt. Auch für den Personenkreis, dem der Beihilfeberechtigte laufend Unterhalt gewährt, können in der Regel Beihilfen beantragt werden.

Man unterscheidet die beihilfeberechtigten und die beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen. Beihilfeberechtigte Personen sind Beamte und Richter, Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand, Witwen, Witwer und Waisen. Beihilfeberücksichtigungsfähige Personen sind Ehepartner und Kinder.

Siehe Stichwörter **Bundeswehr**, **Heilfürsorge** und **Zeitsoldaten**.

Beihilfeberechtigt sind auch „Dienstordnungs-Angestellte“; das sind beamtenähnliche Bedienstete von Körperschaften öffentlichen Rechts, die keine regulären Beamten einstellen können, z. B. im Bereich der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten, Sparkassen und Versorgungseinrichtungen.

Angestellte des Öffentlichen Dienstes haben meist keinen eigenständigen Anspruch auf Beihilfe, lediglich auf Arbeitgeberzuschüsse.

Ausnahmen: Arbeitnehmer, die vor einem bestimmten Stichtag (liegen alle in der Vergangenheit) in den Öffentlichen Dienst eingetreten sind (galt nur für die alten Bundesländer) und in bestimmten Bundesländern, wobei mit Eintritt in den Ruhestand oder bei Beendigung des Dienstverhältnisses der Beihilfeanspruch endet.

Beitragsanpassung

Der Beitrag richtet sich grundsätzlich nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand der zu versichernden Person bei Antragstellung oder Erhöhung des Versicherungsschutzes. Der so ermittelte Beitrag ist für die gesamte Vertragslaufzeit grundsätzlich gleich (= Prinzip des gleichbleibenden Beitrages). Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt das Kriterium „Geschlecht“ zur Beitragsberechnung.

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen oder steigende Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen sowie eine höhere Lebenserwartung können Beitragsanpassungen notwendig machen. Es können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte angepasst werden. Nach Zustimmung des Treuhänders lassen die AVB (§ 8 b MB/KK, MB/KT bzw. § 8 Abs. 3 (1) AVB/KGV) eine Anpassung zu. Um Beitragsanpassungen für den Bestand abzumildern, können Mittel aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingesetzt werden.

Beitragsbemessungsgrenze

Beitragsbemessungsgrenze: siehe Stichwort **Jahresarbeitsentgeltgrenze** und **Tabelle auf Seite 3**.

Beitragsberechnung der GKV

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung, die die Beitragsberechnung nach dem individuellen Risiko pro Person vornimmt, erhebt die gesetzliche Krankenversicherung ihre Beiträge als Prozentsatz vom Bruttoeinkommen nach dem Umlageverfahren.

Reichen die beitragspflichtigen Einnahmen nicht aus, um die Ausgaben zu decken, so haben die Krankenkassen die Möglichkeit einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben.

Wird ein solcher Zusatzbeitrag von einer Krankenkasse erstmalig erhoben oder dieser erhöht, so müssen die Mitglieder in einem gesonderten Schreiben hierüber informiert und auf ein dann bestehendes Sonderkündigungsrecht hingewiesen werden. In dem Schreiben muss der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen genannt werden. Ist der Zusatzbeitrag der Krankenkasse höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, sind die Mitglieder über die Möglichkeit eines Krankenkassenwechsels zu informieren. In dem Schreiben muss auch auf die Übersicht des Spitzenverbandes der Krankenkassen hingewiesen werden, aus der hervorgeht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe.

Wer das Sonderkündigungsrecht, geregelt in §175 Abs.4 SGB V, ausüben will, muss spätestens zum Ende des Monats kündigen, für den die Krankenkasse den Zusatzbeitrag erstmals erhebt bzw. erhöht. Die Kündigung wird dann mit Ablauf des übernächsten Monats wirksam.

Obergrenze für die Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze. Siehe [Tabelle auf Seite 3](#).

Weitere Informationen zu den Zusatzbeiträgen und zum Krankenkassenbeitrag [finden Sie auf Seite 5](#).

Beitragskalkulation der PKV

Die private Krankenversicherung (PKV) kalkuliert risikogerechte Beiträge.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die einen vom Einkommen abhängigen Beitrag erhebt, richten sich die Beiträge der PKV nach der versicherten Leistung in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt das Kriterium „Geschlecht“ zur Beitragsberechnung. Der so berechnete Beitrag gilt allerdings nur für ein „normales Risiko“. Bei Abschluss bereits bestehende erhebliche Krankheiten werden nur gegen einen Risikozuschlag mitversichert oder vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Die Ausgangspunkt der Beitragskalkulation ist zunächst die Risikoprämie. Die Risikoprämie deckt das vom Versicherer übernommene individuelle Risiko des einzelnen Versicherten. Die Risikoprämie wird für jeden Tarif und innerhalb des Tarifs für jede Altersgruppe einzeln berechnet. Sie muss so bemessen sein, dass sie allen voraussichtlich zu erwartenden Leistungen entspricht, die vertraglich vereinbart wurden.

Für die Ermittlung der Risikoprämie muss zunächst geschätzt werden, wie oft und in welchem Umfang das zu versichernde Ereignis wahrscheinlich eintreffen wird. Dazu dienen Wahrscheinlichkeitstabellen und andere statistische Daten.

Da mit fortschreitendem Lebensalter in der Regel auch ein steigender Leistungsbedarf verbunden ist, kein Versicherter jedoch jährlich steigende Prämien zahlen möchte, wird zusätzlich zur Risikoprämie ein sogenannter Sparbeitrag erhoben, der in der Alterungsrückstellung gesammelt wird.

In der Beitragskalkulation übernimmt die Alterungsrückstellung also eine Zeitausgleichsfunktion. Da die Nettoprämie in jüngeren Jahren höher als die reine Risikoprämie ist, wird der Überschuss der ersten Jahre zum Aufbau einer Alterungsrückstellung verwendet. Diese wird in der zweiten Phase des Vertrages allmählich wieder aufgelöst, denn dann ist die benötigte Risikoprämie aufgrund des zunehmenden Altersrisikos höher als die tatsächlich zu zahlende Prämie.

Beitragsnachlass

Wird eine von der monatlichen Zahlweise abweichende Zahlung gewählt, kann ggf. ein Vorauszahlungsrabatt gewährt werden. Die Einzelheiten zum jeweiligen Tarif und der Höhe des Rabattes erfahren Sie in der jeweiligen Fachabteilung.

Beitragsrückerstattung und Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (Verhaltensboni)

Über die Beitragsrückerstattung wird jährlich vom Vorstand entschieden. Grundlage hierfür sind die Bestimmungen der VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 31 (3) TB 2012. Für 2020 gilt :

Neugeschäft:

Personen, die in einem in der Tabelle aufgeführten Tarif versichert sind, erhalten eine Beitragsrückerstattung. Da die Höhe je nach Tarif und Alter unterschiedlich ist, hier eine tabellarische Übersicht:

Tarife Privatwirtschaft	Alter ab 20 Jahre		Alter bis 19 Jahre
	Anzahl anrechenbare leistungsfreie Jahre		
	1 bis 4 Jahre	Ab 5 Jahre	Ab 1 Jahr
EL Bonus-U	400 EUR	700 EUR	200 EUR
ActiveMe-U	700 EUR	1.000 EUR	200 EUR
Vital 300-U	900 EUR	1.200 EUR	200 EUR
Vital 900-U	700 EUR	1.000 EUR	200 EUR
VA2-U	400 EUR	700 EUR	200 EUR
VA6-U	900 EUR	1.200 EUR	200 EUR
VA6 900-U, VZ 600-U	700 EUR	1.000 EUR	200 EUR
VIamed	50% der gezahlten Beiträge *		
Ausbildungstarife			
EL Bonus-UA, Vital 300-UA, Vital 900-UA	200 EUR	200 EUR	--
VA2-UA, VA6-UA, VA6 900-UA, VZ 600-UA, KGH2-UA	½ Jahresbeitrag, wenn alle Tarife mit BRE die Voraussetzungen erfüllen.		--

*Beiträge über die gesamte Laufzeit, Auszahlung bei Wahrnehmung des Optionsrechts

Tarife Öffentlicher Dienst	Ab 20 Jahre	Bis 19 Jahre
	Ab einem anrechenbaren leistungsfreiem Jahr	
BS-U	15 EUR je versicherter Prozentstufe	5 Euro je versicherter Prozentstufe
BSG-U, VisB-U	10 EUR je versicherter Prozentstufe	

Das bedeutet dann für die jeweiligen Tarifstufen:

Tarife	Ab 20 Jahre	Bis 19 Jahre
	Ab einem anrechenbaren leistungsfreiem Jahr	
BS 15-U	225 EUR	75 EUR
BS 20-U	300 EUR	100 EUR
BS 25-U	375 EUR	125 EUR
BS 30-U	450 EUR	150 EUR
BS 35-U	525 EUR	175 EUR
BS 40-U	600 EUR	200 EUR
BS 45-U	675 EUR	225 EUR
BS 50T-U, BS 50-U	750 EUR	250 EUR
BSG 20-U	200 EUR	100 EUR
BSG 25-U	250 EUR	125 EUR
BSG 30-U	300 EUR	150 EUR
BSG 35-U	350 EUR	175 EUR
BSG 40-U	400 EUR	200 EUR
BSG 45-U	450 EUR	225 EUR
BSG 50T-U, BSG 50-U	500 EUR	250 EUR
VisB 20-U	200 EUR	100 EUR
VisB 2515-U, VisB 25-U	250 EUR	125 EUR
VisB 3015-U, VisB 30-U	300 EUR	150 EUR
VisB 3520-U, VisB 35-U	350 EUR	175 EUR
VisB 4025-U, VisB 40-U	400 EUR	200 EUR
VisB 4530-U, VisB 45-U	450 EUR	225 EUR
VisB 5035-U, VisB 50T-U, VisB 50-U	500 EUR	250 EUR

Ausbildungstarife Öffentlicher Dienst	Ab 20 Jahre	Bis 19 Jahre
	Ab einem anrechenbaren leistungsfreiem Jahr	
B3 UA, BN1/1 UA, BN1/2 UA, BN2 UA, BN3/1 UA, BN3/2 UA, BN4 UA, BS UA, BW2 UA, BWE UA, BZ UA, VisB-UA	½ Jahresbeitrag, wenn alle Tarife mit BRE die Voraussetzungen erfüllen.	

Die BRE-Staffel ab 20 Jahre gilt ab 1.1. des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.

Bestand:

Die Beitragsrückerstattung für den **Bestand** wurde im März des Jahres 2020 schriftlich angekündigt.
Die Auszahlung erfolgt im August 2021 per Überweisung.

Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (Verhaltensboni)

Über die Beitragsrückerstattung hinaus sehen eine Reihe Tarife Verhaltensboni vor. Diese werden nur für Erwachsene ab 20 Jahre gezahlt. Die Verhaltensboni können – genauso wie die Beitragsrückerstattung – jährlich vom Vorstand anders entschieden werden. Der Fitness-Bonus kann erlangt werden durch die aktive Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio oder durch Ablegen des Deutschen Sportabzeichens.

Eine Übersicht gibt die nachstehende Tabelle:

Tarif	Verhaltensboni*	
Vollversicherung		
BS-U BSG-U	Nichtraucherbonus	25 EUR jedes Jahr
	BMI-Bonus	25 EUR jedes Jahr
	Fitness-Bonus	50 EUR jedes Jahr
BS-UA Vision B-U Vision B-UA	BMI-Bonus	25 EUR jedes Jahr
	Fitness-Bonus	50 EUR jedes Jahr
EL Bonus-U	Nichtraucherbonus	25 EUR jedes Jahr
	BMI-Bonus	25 EUR jedes Jahr
	Fitness-Bonus	50 EUR jedes Jahr
	amb. OP-Bonus	100 EUR, wenn anstelle einer stationären Operation eine der vordefinierten ambulanten OPs durchgeführt wurde
ActiveMe-U (ab 2. VJ als Sachleistung)	Nichtraucherbonus	50 EUR jedes Jahr
	BAI-Bonus	50 EUR jedes Jahr
	Sport-Bonus	50 EUR jedes Jahr
	DKMS/ Blut spenden/ Impfen	50 EUR jedes Jahr
VA2-U, VA6-U, VA6-900-U VA600-U	Nichtraucherbonus	25 EUR jedes Jahr
	BMI-Bonus	25 EUR jedes Jahr
	Fitness-Bonus	50 EUR jedes Jahr
Vital 300-U Vital 900-U	Nichtraucherbonus	25 EUR jedes Jahr
	BMI-Bonus	25 EUR jedes Jahr
	Fitness-Bonus	50 EUR jedes Jahr
	Primärarztbonus	125 EUR jährlich
		Diesen Bonus erhalten erwachsene Versicherte, wenn die Behandlung immer zuerst durch einen Primärarzt erfolgt. Im diesem Fall wird keine Beitragsrückerstattung gutgeschrieben. Bitte vergleichen Sie hierzu auch das Stichwort „Primärarzt“.
Zusatzversicherung		
VIPlus	Nichtraucherbonus	20 EUR jedes 2. Jahr
	BMI-Bonus	20 EUR jedes 2. Jahr

*Verhaltensboni werden nicht für Ausbildungstarife gezahlt, außer für oben genannte.

Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung

Ziel der beitragsstabilisierenden Leistungsprüfung ist es – gemeinsam mit den Kunden –, überhöhte Forderungen abzuwehren und somit die Leistungsaufwendungen zu kontrollieren.

Gepprüft werden insbesondere Arztrechnungen für ambulante und stationäre Behandlungen sowie Zahnarztrechnungen mit hohen Rechnungsbeträgen.

Im Mittelpunkt steht die Prüfung, ob die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) von den jeweiligen Rechnungsausstellern (Arzt, Zahnarzt, Abrechnungsfirmen, Krankenhäuser) eingehalten wurden.

Auch die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme anfallenden Laborkosten werden hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit überprüft.

Hierdurch wird weder die Qualität noch der Erfolg der ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung gewertet. Wir empfehlen unseren Kunden – gerade bei Rechnungen mit hohen Beträgen die Möglichkeit der Rechnungsprüfung durch die Leistungsabteilung in Anspruch zu nehmen und das Ergebnis abzuwarten, bevor die Rechnung beglichen wird.

Bergungskosten

Bergungskosten sind grundsätzlich nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Sie können durch eine Unfallversicherung, Gebirgsvereine, Wandervereine, etc. abgedeckt sein. Teilweise werden die Einsätze der Bergwacht auch von den Gemeinden durch Steuereinnahmen finanziert.

Berufsunfähigkeit

Bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit endet eine Krankentagegeldversicherung zu dem Termin, an dem die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist (§ 15 MB/KT).

Was ist eine Berufsunfähigkeit?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit zu mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.

Eine Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine BU-Rente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wie wird die BU festgestellt?

Die Frage, ob, in welchem Grad und von welchem Zeitpunkt an Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – im Sinne der Versicherungsbedingungen – vorliegt, wird vom Versicherer aufgrund der eingereichten und von ihm eingeholten Nachweise geklärt. Das Ergebnis wird dem Kunden schriftlich mitgeteilt und erläutert.

Auswirkung auf das Krankentagegeld

Tritt die BU während eines laufenden Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit) ein, so wird das Krankentagegeld für maximal 3 Monate weitergezahlt, gerechnet ab dem ersten Tag nach Feststellung der BU.

Die Versicherung endet zum Ende des Monats, für den letztmalig Leistungen erbracht wurden.

Liegt eine BU vor, weil eine BU-Rente oder Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt wird, wird für die Dauer von maximal 3 Monaten die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem versicherten Krankentagegeld gezahlt. Voraussetzung hierfür ist, dass nicht bereits die 3-monatige Nachleistungspflicht wegen festgestellter Berufsunfähigkeit in Anspruch genommen wurde.

Garantieerklärung des AXA Konzerns

Die Berufsunfähigkeit ist in der Krankentagegeld- und Berufsunfähigkeitsversicherung unterschiedlich definiert. Dauert die Prüfung einer BU aus der Berufsunfähigkeitsversicherung noch an, während aus der Krankentagegeldversicherung die Leistungen bereits eingestellt sind, entsteht eine zeitliche Leistungslücke. Mit der Garantieerklärung sichern wir eine lückenlose Leistung während der Klärungsphase zu. Hinzu kommt eine konzerninterne umfassende medizinische Begutachtung.

Voraussetzung für diese Garantieerklärung ist, dass die **Krankentagegeldversicherung** bei der –AXA Krankenversicherung AG **oder**

–DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
und die Berufsunfähigkeitsversicherung bei der
 –AXA Lebensversicherung AG
 –AXA Life Europe Limited Niederlassung Deutschland
 –Deutsche Ärzteversicherung AG
 –DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG
 –Pro bAV AG*

oder
 –winsecura AG*
 besteht.

* im September 2013 verschmolzen zur Pro bAV
 Um eine abgestimmte Leistungsbearbeitung zu gewährleisten und die Garantie erfüllen zu können, benötigen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen zur Weitergabe von Unterlagen zwischen den Versicherungen das Einverständnis der Versicherten. Sobald ein solcher Fall absehbar ist, werden wir um die Einverständniserklärung bitten.

Anwartschaft

Bei festgestellter Berufsunfähigkeit oder Rentenbezug (s. o.) kann für die bestehende Krankentagegeldversicherung eine Anwartschaft für den Fall vereinbart werden, dass wieder Berufsfähigkeit eintritt. Das empfiehlt sich besonders dann, wenn z. B. eine Umschulung angestrebt wird.

Berufsunfall

Bei einem Berufsunfall ist zuerst zu prüfen, ob ein Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Versicherungsträgers besteht.

Gesetzliche Versicherungsträger können sein:

- die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft)
- die gesetzliche Rentenversicherung
- eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge.

Alle Rechnungen, die wegen der Behandlung eines Berufsunfalls gestellt werden, sind zuerst an den gesetzlichen Versicherungsträger zu schicken. Wenn die Rechnungen nicht voll bezahlt werden, übernimmt die AXA Krankenversicherung die Restkosten entsprechend dem tariflichen Leistungsanspruch des Kunden. Dazu benötigen wir Rechenkopien, auf denen der Leistungsumfang des gesetzlichen Versicherungsträgers vermerkt ist.

Zahlt der gesetzliche Versicherungsträger Verletztengeld, so wird dieses auf das versicherte Krankentagegeld grundsätzlich angerechnet. Zur Berechnung ist der BG-Bescheid dringend erforderlich. Da die BG zur Prüfung in der Regel längere Zeit benötigt, kann der Versicherte seine Ansprüche an die BG an uns abtreten, um so schneller die Leistungen zu erhalten.

Bescheinigungen

Arbeitgeberbescheinigung

Die für den Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag erforderliche Bescheinigung wird dem VN erstmals mit dem Versicherungsschein zur Verfügung gestellt. Zum Jahreswechsel erhalten alle vollversicherten Arbeitnehmer automatisch die Bescheinigung gemäß § 257 SGB V. Diese enthält die im abgelaufenen Jahr gezahlten Beiträge sowie die im folgenden Jahr ab Januar zu zahlenden Beiträge. Die Bescheinigungen brauchen demnach nicht angefordert zu werden. Benötigt ein Kunde im Laufe des Jahres (z. B. wegen Arbeitgeberwechsels) eine weitere Bescheinigung, so kann diese angefordert werden.

Finanzamtbescheinigung (FAB)

Hat ein VN einmal eine Bescheinigung für das Finanzamt angefordert, so erhält er sie fortan unaufgefordert regelmäßig zum Jahreswechsel. Versicherungsnehmer, die die Arbeitgeberbescheinigung zum Jahreswechsel automatisch erhalten, bekommen mit gleicher Post auch die FAB.

Betriebs-/Unternehmensnummer

Die Unternehmensnummer der AXA Krankenversicherung lautet 4095. Das Institutionskennzeichen der AXA Krankenversicherung lautet 168140950.

Billigungsklausel

Grundsätzlich sind alle Abweichungen vom Antrag vor der Policierung mit dem Antragsteller zu klären. In Ausnahmefällen – bei geringen Abweichungen – kann der Vertrag auch direkt mit den Änderungen poliziert werden. Die Änderungen sind dann in der Police besonders kenntlich zu machen. In diesen Fällen hat der Kunde ein einmonatiges Widerrufsrecht.

Body-Abdomen-Index

Der Body-Abdomen-Index (BAI) ist ein Index, der den Bauchfettanteil berücksichtigt, der einen Einfluss auf das Risiko von Herz-Kreislauf-erkrankungen hat. Der Index wird wie folgt berechnet:

$$\text{BAI} = \frac{\text{Bauchumfang in cm}}{\text{Körpergröße in cm}} = \frac{85}{175} = 0,48$$

Der Normbereich des BAI liegt:

- bis zum Alter von 40 Jahren unter 0,5
- zwischen 40 und 50 Jahren unter 0,53
- ab 50 Jahren unter 0,55

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index ist ein Index zur Bewertung, ob eine Person an Über- oder Untergewicht leidet. Der Index wird aus Gewicht in Kilogramm und Größe in Metern wie folgt berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{kg}}{\text{m} \times \text{m}}$$

Beispiel:

Gewicht: 80 kg, Größe: 1,80 m

$$\text{BMI} = \frac{80}{1,80 \times 1,80} = \frac{80}{3,24} = 24,69$$

Ein Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 25 wird als „normal“ angesehen und berechtigt zum Erhalt des Verhaltensbonus in den Tarifen, die diesen Bonus vorsehen.

Brillen und Kontaktlinsen

Für Brillen und Kontaktlinsen sehen unsere Tarife unterschiedliche Leistungen vor – bitte beachten Sie die jeweilige Tarifaussage oder erfragen Sie die konkreten Erstattungsbeiträge in der Leistungsabteilung.

Für alle Vollkosten-Tarife gilt:

Eine augenärztliche Untersuchung ist vor Bezug einer Sehhilfe erforderlich. Zur Erstattung benötigen wir die augenärztliche Verordnung – eine sogenannte Refraktionsbestimmung (Messung des Brechungsfehlers) durch den Optiker reicht zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit nicht aus.

Generelles zu den Preisen:

Bei den Kosten für eine Sehhilfe gibt es sehr große Spannbreiten. Neben den Kriterien, die sich auf die medizinische Notwendigkeit einer Sehhilfe beziehen, treten diejenigen, die mehr den technischen Möglichkeiten oder den modischen Aspekten zuzuordnen sind. Erstattungsfähig sind je nach Tarif bestimmte Höchstsätze bezogen auf einen Bezugszeitraum oder z. B. bestimmte Beträge für ein Brillengestell und Kosten für die entsprechenden Gläser. Die Ausführungen und Kosten der Gläser oder von Kontaktlinsen dürfen das medizinisch notwendige Maß nicht überschreiten.

Die AXA Krankenversicherung erstattet die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen, soweit die Preise nicht auffällig übersteuert sind.

Wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit besteht generell keine Leistungspflicht für folgende spezielle Brillen:

- Sportbrillen (mit speziellen Bügeln) und
- Arbeitsbrillen (z. B. für Bildschirmarbeit). Bei Arbeitsbrillen kommt häufig der Arbeitgeber oder die Berufsgenossenschaft für die Kosten auf.

Für Kontaktlinsenreinigungsmittel werden keine Leistungen übernommen.

Bundeswehr

Soldaten der Bundeswehr haben Anspruch auf Heilfürsorge (siehe auch Stichwort **Wehrpflichtige**). Ehegatten und Kinder sind beihilfeberechtigt, wenn der Bundeswehrangehörige Zeit- oder Berufssoldat ist. Der Beihilfeanspruch der Frau beträgt 70 %, der Beihilfeanspruch der Kinder beträgt 80 %. Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst ist der ehemalige Zeit- oder Berufssoldat ebenfalls beihilfeberechtigt. Als Empfänger von Versorgungsbezügen bzw. Übergangsgebühren hat er einen Beihilfeanspruch von 70 % (§ 2 (2) der Beihilfeverordnung des Bundes). Die Regelung gilt nicht für Zeitsoldaten, die ihren aktiven Dienst nach dem 31.12.2018 beenden. (Siehe Stichwort Zeitsoldaten). Die nicht gedeckten Kostenanteile sind eigenverantwortlich abzuschließen. Hierfür empfiehlt sich der rechtzeitige Abschluss einer Anwartschaftsversicherung (siehe „**Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung**“).

Bürgerentlastungsgesetz

Durch das Bürgerentlastungsgesetz zur Krankenversicherung werden die Beiträge für eine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung steuerlich stärker als bisher berücksichtigt. Sie können als sogenannte Sonderausgaben das zu versteuernde Einkommen und damit die Steuerlast mindern. Bestimmte Beiträge zur privaten Krankenversicherung sowie die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung können künftig unbegrenzt als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Dies gilt auch für Beiträge zu einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung.

Welche Beiträge können steuerlich berücksichtigt werden?

Begünstigt werden – neben den Beiträgen zur Pflegepflichtversicherung – die Beiträge, die auf einen gesetzlich bestimmten existenznotwendigen Krankenversicherungsschutz entfallen. Das heißt, die Leistungen entsprechen der Grundversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Beiträge für darüber hinaus gehenden Versicherungsschutz, etwa für Wahlleistungen, Chefarztbehandlung und Krankentagegeld, sind nur bis zu den gesetzlichen Höchstbeträgen abzugsfähig. Dies gilt nur dann, wenn Sie die Höchstbeträge für den existenznotwendigen Versicherungsschutz noch nicht überschritten haben.

Die Höchstbeträge liegen pro Jahr bei 2.800 Euro für Selbstständige und 1.900 Euro bei Nichtselbstständigen bzw. Beamten. Dies gilt für jeden Steuerpflichtigen. Im Rahmen einer Zusammenveranlagung wird der jeweilige Höchstbetrag jedem Ehepartner gesondert gewährt.

Wie werden Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung und für Optionstarife berücksichtigt?

Mit einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvollversicherung wird der Kunde hinsichtlich des Gesundheitszustands und ggf. auch hinsichtlich der Alterungsrückstellung so gestellt, als sei der Krankenversicherungsvertrag bereits zu einem früheren Zeitpunkt abgeschlossen worden.

Übersteigen die Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung jährlich einen Betrag in Höhe von 100 Euro nicht, sind sie insgesamt wie Beiträge zu einer Basisrankenversicherung zu behandeln. Sie können also vollständig steuerlich angesetzt werden. Über den Betrag von 100 Euro hinaus werden nur die Beitragsanteile der Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, die zur Erlangung des Basisversicherungsschutzes dienen.

Die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung können zusätzlich zu einer eventuell bestehenden Basisversicherung (z. B. bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung) steuerlich berücksichtigt werden.

Case-Management/Patientenbegleitung

Weitere Informationen zum **gesundheitservice360°** von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

ChipCard (Card für Privatversicherte)

Kunden mit einer Krankheitskostenvollversicherung (einschließlich Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte) oder einer Krankenhauskostenzusatzversicherung erhalten von der AXA Krankenversicherung eine ChipCard/VersichertenCard. Ausgenommen sind Versicherte im Basistarif.

Die Card ist eine Ausweiskarte mit integriertem Mikro-Chip. Auf dem elektronisch lesbaren Chip sind Daten gespeichert, die den Verwal-

tungsprozess in Arztpraxen, im Krankenhaus und beim Versicherer vereinfachen. Im Wesentlichen sind das die persönlichen Daten des Kunden, ergänzt um Versicherungsnummer und Nummer der versicherten Person. Die ChipCard/VersichertenCard garantiert dem Krankenhaus die Übernahme der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zimmerzuschläge durch die AXA Krankenversicherung. Der Kunde muss also keine Vorauszahlungen leisten. Die Garantie bezieht sich ausdrücklich nicht auf die privatärztliche Behandlung; diese Kosten werden immer mit dem Kunden abgerechnet.

Unter folgenden Voraussetzungen erhält der Kunde eine ChipCard/VersichertenCard:

- Der Vertrag muss ungekündigt sein.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf kein Zahlungsverzug bestehen.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf keine Schwebelast im stationären Tarif bestehen.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf der entsprechende Tarif nicht ruhen.
- Der Wohnsitz muss in Deutschland liegen.
- Besteht ein Leistungsausschluss im stationären Bereich, so kann eine ChipCard/VersichertenCard nur auf besonderen Wunsch und gegen eine spezielle schriftliche Erklärung des Kunden ausgegeben werden.

Cost-Containment USA

Weitere Informationen zum **gesundheitservice360°** von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

Datenschutz

Informationen über Krankheiten, Arbeitsunfähigkeiten, Behandlungen etc. dürfen nur an die versicherte Person gegeben werden. Eine Auskunft an Dritte jeder Art (also auch Ehegatten, Vermittler/Makler, Arbeitgeber, Verbände usw.) ist ohne entsprechende schriftliche Einwilligung durch die versicherte Person nicht erlaubt. Wer dies dennoch tut, verstößt auch gegen § 203 des Strafgesetzbuches. Dies gilt auch bei Gruppen-, Rahmen- und Empfehlungsverträgen.

Disease-Management/Patientenbegleitung

Weitere Informationen zum [gesundheitservice360°](#) von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

Doppel- und Mehrfachversicherung

Wird zusätzlich eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen PKV-Unternehmen abgeschlossen, dann ist das dem Versicherer schriftlich anzuzeigen (§ 9 (5) MB/KK bzw. § 9 Abs. 1(4) AVB/KGV).

Für den zusätzlichen Abschluss bzw. die Erhöhung einer Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldversicherung (auch Unfall-KHT aus einer privaten Unfallversicherung) ist die vorherige Einwilligung der AXA Krankenversicherung erforderlich (§ 9 (6) MB/KK und MB/KT). Nach den Bedingungen (TB 2012) gilt dies nicht für KHT-Versicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen (TB Nr. 51).

Wenn der Kunde diese Obliegenheiten verletzt, riskiert er den Verlust seines Versicherungsschutzes.

DRG (Diagnosis Related Groups)

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 weitreichende Änderungen bei der Entgeltberechnung im Krankenhausbereich eingeleitet.

Seit 2004 müssen Plankrankenhäuser (öffentliche, frei-gemeinnützige, konfessionelle) das neue Vergütungssystem „DRG“ (Diagnosis Related Groups = Diagnose-orientierte Fallgruppen) anwenden.

Es handelt sich um eine Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen, die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung verbessern soll.

Die Wahlleistungen „bessere Unterbringung“ und „privatärztliche Behandlung“ sind von der Neugestaltung nicht betroffen – die DRGs ersetzen die früheren tagesgleichen Pflegesätze und Sonderentgelte.

Dynamik

Im Gegensatz zu anderen Versicherungssparten, bei denen eine dynamische Anpassung des Versicherungsschutzes automatisch erfolgt und der Kunde widersprechen muss, wenn er die dynamische Erhöhung nicht akzeptiert (beispielsweise in der Lebensversicherung), wird bei der privaten Krankenversicherung eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Wartezeit und Risikoprüfung nur auf Antrag des Kunden durchgeführt.

Eine Ausnahme hierzu stellen die Pflegevorsorgetarife Flex-U, VARIO-U sowie der Tarif BEA-U dar, in denen eine Dynamik in den AVB dokumentiert ist.

Eintrittsalter

Bitte schlagen Sie im Kapitel [Annahmerichtlinien](#) nach.

Eigenanteil in der GKV

Siehe Leistungskürzungen in der GKV, S. 5.

Elterngeld

Eltern, die nach der Geburt des Kindes aus dem Beruf aussteigen, erhalten Elterngeld.

Die Höhe des Elterngeldes richtet sich nach dem Nettoeinkommen, welches der betreuende Elternteil, vor der Geburt des Kindes hatte. Das Elterngeld beträgt mindestens 65% des entfallenden Nettoeinkommens, mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro im Monat. Das Einkommen einer Teilzeitbeschäftigung (bis max. 30 Wochenstunden) wird bei der Berechnung des Elterngeldes berücksichtigt. Gleiches gilt für die Anrechnung des Mutterschaftsgeldes.

Zum 01.01.2015 ist die bisherige Regelung zum Bezug des doppelten Elterngeldes für Zwillingseltern entfallen. Dies wird durch Zahlung eines Bonus von 300 Euro pro Bezugsmonat und Mehrling ausgeglichen.

Zum 01.07.2015 traten die Regelungen zum ElterngeldPlus in Kraft. Eltern können dann zwischen Basiselterngeld und ElterngeldPlus wählen bzw. dieses kombinieren. Das Basiselterngeld entspricht den bekannten Elterngeldmonaten mit voller Elterngeldauszahlung. Die ElterngeldPlus Monate sind Bezugsmonate, in denen man Elterngeld höchstens in der Höhe eines halben Basiselterngeldbetrages erhält. Üben beide Eltern parallel eine Teilzeitbeschäftigung von 25 bis 30 Wochenstunden aus, so erhält jeder Elternteil das ElterngeldPlus für weitere vier Monate (Partnerschaftsbonusmonate). Basiselterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus können kombiniert werden. Die Höhe des Elterngeldes und der Bezugszeitraum sind abhängig von der gewählten Kombination.

Das Elterngeld ist schriftlich bei folgenden Stellen zu beantragen:

Baden-Württemberg	Landeskreditbank
Bayern	Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
Berlin	Bezirksämter
Brandenburg	Elterngeldstelle
Bremen und Bremerhaven	Amt für soziale Dienste bzw. Jugendamt
Hamburg	Bezirksamt
Hessen	Versorgungsämter
Mecklenburg-Vorpommern	Versorgungsämter
Niedersachsen	Jugendämter
Nordrhein-Westfalen	Versorgungsämter
Rheinland-Pfalz	Jugendämter
Saarland	Landessozialamt
Sachsen	Sozialämter
Sachsen-Anhalt	Landesverwaltungsamt/Referat Bundeselterngeld
Schleswig-Holstein	Landesamt für soziale Dienste
Thüringen	Jugendämter

Elternzeit

Elternzeit (früher Erziehungsurlaub) ist grundsätzlich für 3 Jahre bis zum 3. Geburtstag des Kindes möglich. Anspruch auf Elternzeit haben Arbeitnehmerinnen oder die beschäftigten Ehepartner. Beide Elternteile können die Elternzeit gleichzeitig in Anspruch nehmen – die Elternzeit wird separat betrachtet. Das bedeutet, dass im Falle einer Übertragung der Elternzeit dem übertragenden Elternteil die Elternzeit des Partners nicht angerechnet wird. Jeder Elternteil kann seine Elternzeit in zwei Zeitabschnitte aufteilen. Ein weiteres Aufteilen ist nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich.

Bis zu 12 Monate Elternzeit können auch – ebenfalls mit Zustimmung des Arbeitgebers – bis zum achten Geburtstag übertragen werden.

Auch bei Zwillingsgeburten oder Geburten in kurzer Zeitfolge stehen den Eltern für jedes Kind drei Jahre Elternzeit bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu und auch ggf. die Übertragung auf einen späteren Zeitraum.

Soll sich die Elternzeit unmittelbar an die Geburt des Kindes bzw. an die Mutterschutzfrist anschließen, so muss sie spätestens 7 Wochen zuvor beim Arbeitgeber schriftlich angemeldet werden. Für einen späteren Beginn beträgt die Anmeldefrist 8 Wochen. Gleichzeitig muss gegenüber dem Arbeitgeber erklärt werden, für welche Zeiträume Elternzeit geplant ist.

Durch eine gesetzliche Neuregelung ergeben sich für [Geburten ab dem 01.07.2015](#) einige Änderungen zu den vorgenannten Punkten.

- Die Elternzeit kann in drei Zeitabschnitte aufgeteilt werden.
- Bis zu 24 Monate der Elternzeit können zwischen dem dritten Geburtstag und vollendeten achten Lebensjahr genommen werden. Die Anmeldefrist für diesen Zeitraum verlängert sich auf 13 Wochen.
- Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist in beiden Punkten nicht mehr notwendig.

- Mit Eingang der Elternzeiterklärung beim Arbeitgeber besteht Kündigungsschutz bis zum Ende der Elternzeit.

Für die Zeit der Elternzeit haben die Eltern gegenüber ihrem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf Verringerung der Arbeitszeit auf 15 bis 30 Wochenstunden. Für diesen Anspruch gelten folgende Voraussetzungen:

- Im Betrieb sind mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt.
- Das Arbeitsverhältnis besteht seit mindestens 6 Monaten.
- Dem Anspruch auf Teilzeitarbeit stehen keine dringenden betrieblichen Gründe entgegen.
- Die vereinbarte Arbeitszeit soll mindestens für zwei Monate auf 15 bis 30 Wochenstunden verringert werden
- Der Anspruch wurde dem Arbeitgeber 7 Wochen vorher schriftlich mitgeteilt

Pflichtmitglieder der GKV, die außer dem Elterngeld keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen, sind für die Dauer der Elternzeit beitragsfrei versichert.

Versicherungspflichtige Studentinnen und Studenten sind beitragspflichtig, sofern sie immatrikuliert bleiben.

Für freiwillig GKV-Versicherte besteht die Beitragspflicht fort.

Privat Krankenversicherte bleiben während der Elternzeit grundsätzlich beitragspflichtig (Ausnahme: 6 Monate Beitragsfreiheit im Tarif Vital 250, Vital 300-N, Vital 300-U, Vital 600-N, Vital 750, Vital 900-N, Vital 900-U, Vital-Z, Vital-Z-N, Premium Zahn-U, Komfort Zahn-U, VZ Zahn-U, VA6-U, VA6-900-U und VZ600-U; 2 Monate Beitragsreduzierung um 50 % im Tarif ActiveMe-U); der Beitragszuschuss des Arbeitgebers entfällt.

Ein Anspruch auf kostenfreie Mitversicherung von privatversicherten Kunden beim GKV-versicherten Ehepartner für die Dauer der Elternzeit besteht seit dem 01.01.2000 generell nicht mehr.

Für die Zeit der Elternzeit empfiehlt es sich, für die bestehende Krankentagegeldversicherung eine Anwartschaft zu vereinbaren.

Entbindung

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung besteht tariflicher Leistungsanspruch für Schwangerschaft und Entbindung (§ 1 (2) MB/KK bzw. § 1 Abs.2 (2) AVB/KGV). Dies gilt nicht für die Krankentagegeldversicherung (VG002 § 5 (1) d und e MB/KT TB 2012). Die AXA Krankenversicherung zahlt aber Krankentagegeld für schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Beschwerden, soweit diese außerhalb der Mutterschutzfristen auftreten.

Bei einer Hausentbindung werden die Kosten für den Arzt, die Hebamme und für Arznei- und Verbandmittel aus den ambulanten Tarifen übernommen. Bei einer ambulanten Entbindung werden aus einigen Tarifen Entbindungspauschalen gezahlt (sind im jeweiligen Tarif genannt). Die entsprechenden Sätze gelten auch bei den Gruppen- und Mitarbeiterтарifen.

Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

Nach VG 001 § 5 (1) MB/KK, Nr. 37 (TB 2012) bzw. § 5 Abs. 11(2) AVB/KGV, TB A (3) übernehmen wir in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten für die Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen für Suchterkrankungen.

- Die Kostenübernahme erfolgt unter der Voraussetzungen, dass
- die Kostenübernahme vor Beginn der Maßnahme beantragt und schriftlich zugesagt wird
 - es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt; der Dienstherr als Beihilfetragender gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger
 - kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistungen besteht
 - hinreichende Erfolgsaussichten bestehen.

Bei einer stationären Behandlung werden 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Im Tarif ActiveMe sind es 100 %, sofern die Behandlung nicht vorzeitig beendet wird, ansonsten wird die Erstattung auf 80 % der Aufwendungen gekürzt. Die Kosten für chefärztliche Behandlung oder eine bessere Unterkunft werden nicht erstattet. Bei ambulanter Durchführung werden 80 % des Tagessatzes erstattet.

Während der gesamten Vertragslaufzeit ist der Anspruch auf drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen begrenzt. Kein Leistungsanspruch besteht bei Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht oder aus Zusatzтарifen für gesetzlich Versicherte und Heilfürsorgeberechtigte.

Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten gilt auch bei Erhöhung des Versicherungsschutzes. Eine Risikoprüfung wird durchgeführt.

Für die Anpassung einer Verdienstausfallversicherung siehe Stichwort **Krankentagegeld bei AXA**.

Ersatzleistungen bei Krankenhausaufenthalt

Werden vertraglich vereinbarte Wahlleistungen im Krankenhaus (z. B. Ein- oder Zweibettzimmer oder privatärztliche Behandlung) nicht in Anspruch genommen, zahlen wir aus manchen Tarifen ein Ersatz-KHT. Näheres entnehmen Sie bitte der jeweiligen Tarifbeschreibung.

Erschwerung

Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, kann der Versicherer die Annahme des Antrags von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Hier gibt es insbesondere folgende Möglichkeiten:

- Risikozuschlag
- Leistungseinschränkung
- Leistungsausschluss

Ist eine Erschwerung erforderlich, kommt der Vertrag nur dann zustande, wenn der Kunde eine entsprechende Nacherklärung unterschreibt.

Erstattungsanspruch – Was ist im Leistungsfall zu tun?

Die Leistungsabrechnung der AXA Krankenversicherung erfolgt in der Hauptverwaltung bzw. den dezentralen Standorten. Für eine zügige Bearbeitung ist es erforderlich, dass aus den eingereichten Unterlagen die vollständige Versicherungsnummer ersichtlich ist.

Für die einzelnen Versicherungsarten beachten Sie bitte:

Ambulante Behandlung:

- In der **Behandlungsrechnung** müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- **Rezepte** sollten möglichst zusammen mit den Behandlungsrechnungen eingereicht werden.
- Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel müssen immer zusammen mit der ärztlichen Verordnung eingereicht werden.
- Rechnungen sollten erst dann eingereicht werden, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100 Euro und ggf. eine garantierte Beitragsrückerstattung ist.
- Eine Kostenerstattung erfolgt grundsätzlich auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen. Bei Primärarztтарifen sollte zu der Facharztrechnung auch eine Kopie der Überweisung eingereicht werden, es sei denn, die Rechnung des überweisenden Primärarztes liegt bereits vor.

Krankenhauskostenversicherung:

- Wenn der Kunde (noch) keine ChipCard hat, kann er eine Erstattungszusage für das Krankenhaus anfordern.
- Wir rechnen dann die **Pflege- und Unterbringungskosten** direkt mit dem Krankenhaus ab.
- Die Arztkosten werden – wie bei ambulanten Tarifen – an den Versicherungsnehmer erstattet.

Stationäre Zusatzversicherung:

- Auch hier kann der Kunde, sofern er (noch) keine ChipCard besitzt, für die Unterbringungskosten eine Erstattungszusage anfordern.
- Wir rechnen dann die **Unterbringungskosten** direkt mit dem Krankenhaus ab.
- Die Arztkosten werden an den Versicherungsnehmer erstattet.

Zahnbehandlung und Zahnersatz:

- Bei Zahnersatz, Versorgung mit Inlays, Parodontosebehandlung oder Kieferorthopädie ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein medizinisch begründeter Heil- und Kostenplan über die detaillierten Behandlungskosten vorzulegen. Fallen Material- und Laborkosten an, so muss auch ein Kostenvoranschlag des Labors beigefügt sein. Nach Prüfung erhält der Kunde dann eine Leistungsaussage.

Krankentagegeldversicherung:

- Die Meldung einer Arbeitsunfähigkeit muss unverzüglich bzw. innerhalb einer im Tarif genannten Frist erfolgen.
- Hinweis:** Der schnellste Weg zur Erfüllung dieser Obliegenheit ist eine telefonische Meldung oder Mitteilung per Fax an die Leistungsbranche.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss auf den von der AXA Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Formularen ärztlich bescheinigt werden und ist alle 14 Tage weiter nachzuweisen.
 - Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen.
 - Falls der Wohnort während einer Arbeitsunfähigkeit verlassen werden soll, ist unbedingt eine vorherige Abstimmung mit dem Versicherer vorzunehmen.

Krankenhaustagegeldversicherung:

- Für die Auszahlung benötigen wir eine **Bescheinigung** auf Kopfbogen des Krankenhauses über Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes mit dem Namen des Patienten und der Bezeichnung der Krankheit (Diagnose). Eine entsprechende Bescheinigung ist auch auf unseren Seiten im Internet zu finden.

Tarife für Beihilferechtigte:

Der Kunde kann uns die Rechnung als Original oder Duplikat einreichen, abhängig davon, ob seine zuständige Beihilfestelle auf die Originalrechnung besteht.

Pflegeversicherung

- Wir benötigen eine schriftliche Information über die Pflegebedürftigkeit, möglichst zusammen mit einem detaillierten ärztlichen Attest. Der Kunde erhält dann von uns weitere Informationen. Siehe hierzu auch Stichwort **Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall**.

Siehe auch Stichwörter **gesundheitservice360°**, **beitragsstabilisierende Leistungsprüfung** und **Rechnungs-Check**.

Familienversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind der Ehegatte und die Kinder des GKV-Mitglieds unter folgenden Voraussetzungen kostenfrei mitversichert (§ 10 SGB V):

- Wohnsitz in der Bundesrepublik.
- Nicht selbst versicherungspflichtig (siehe Stichwort **Versicherungspflicht**) und nicht selbst freiwillig versichert.
- Nicht versicherungsfrei und nicht von der Versicherungspflicht befreit.
- Keine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit.
- Das Gesamteinkommen übersteigt nicht die Geringfügigkeitsgrenze (siehe Tabelle Seite 3).

Ausnahme: Die kostenfreie Mitversicherung von Ehegatten im Mutterschutz bzw. während der Elternzeit scheidet aus, wenn der Ehegatte zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich versichert war.

Für die Mitversicherung der **Kinder** gelten folgende **zusätzliche Einschränkungen** (§ 10 (2) SGB V):

- Mitversicherung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Mitversicherung bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden (auch Studium) oder ein freiwilliges soziales Jahr ableisten.
- Diese Frist erhöht sich um die Dauer eines eventuellen Grundwehr- oder Ersatzdienstes.
- Keine Altersgrenze, wenn sie sich wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht selbst unterhalten können und wenn diese Behinderung schon vorlag, als sie nach anderen Kriterien Anspruch auf Familienversicherung hatten.

Sofern ein Ehepartner privat, der andere jedoch gesetzlich versichert ist, entsteht Anspruch auf Familienversicherung nur, wenn der privat Versicherte ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) hat oder der privat Versicherte zwar ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt, aber nachweislich regelmäßig geringere Einnahmen hat als der gesetzlich Versicherte.

Besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft in der GKV für Kinder?

Der PVK-Versicherte Elternteil hat ein:	Anspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft?
Einkommen > JAEG und Einkommen > GKV-Versicherter	nein
Einkommen < JAEG und Einkommen > GKV-Versicherter	ja
Einkommen < JAEG und Einkommen < GKV-Versicherter	ja
Einkommen > JAEG und Einkommen < GKV-Versicherter	ja

Sind beide Ehepartner PKV-versichert, muss das Kind ebenfalls in der PKV versichert werden. Siehe Tabelle auf Seite 3.

Siehe auch Stichwort **Freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV**.

Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

Die AXA Krankenversicherung hat mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte einen Gruppenkrankenversicherungsvertrag geschlossen. Zur Teilnahme an der Gruppenkrankenversicherung sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, die Mitglied im Freien Verband Deutscher Zahnärzte sind, und deren Familienangehörige.

Hinweis: Ist ein Kunde Mitglied dieses Verbandes, so muss er auch nach den Gruppenversicherungstarifen versichert werden, es sei denn, der Kunde verzichtet ausdrücklich und schriftlich auf die Vorteile dieser Gruppenversicherung.

Freigabeverhandlungen

Durch Wettbewerbsrichtlinien, aufgestellt durch die Versicherungswirtschaft, werden der Wettbewerb und lauterer Geschäftsgebaren gefördert und etwaigen Missständen vorgebeugt.

Verstöße gegen diese Richtlinien liegen vor, wenn

- der Vermittler nicht darauf hingewiesen hat, dass ein Wechsel des Versicherungsunternehmens in der Regel mit Nachteilen für den Versicherten verbunden ist;
- Erkrankungen, die der Kunde dem Vermittler bekannt gibt, nicht im Antragsformular aufgeführt werden;
- z. B. ein vervielfältigtes Kündigungsschreiben für den Vorversicherer dem Antragsteller zur Verfügung gestellt wird.

Werden Verstöße gegen die Wettbewerbsrichtlinien bekannt, führt die Gruppe der Stornobekämpfer die Freigabeverhandlungen. Zwischen dem neuen Versicherer und dem bisherigen Versicherer gelten folgende Regeln für die Behandlung von Freigabeanträgen:

Der Vertrag beim Vorversicherer hat noch keine 3 Jahre bestanden:

Das zweite Versicherungsunternehmen ist zur Freigabe des Vertrages dem ersten Versicherungsunternehmen gegenüber verpflichtet, wenn der Vertrag noch keine 3 Jahre beim Erstversicherer bestanden hat und unlauterer Wettbewerb vorliegt. Es muss ein schriftlicher Freigabeantrag gestellt werden, in dem das erste Unternehmen mit den Freigabeverhandlungen beauftragt wird.

Der Vertrag beim Vorversicherer hat mehr als 3 Jahre bestanden:

Hat der Vertrag beim Ausscheiden aus dem ersten Versicherungsunternehmen mindestens 3 Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen unabhängig von der Sach- und Rechtslage zur Freigabe verpflichtet. Der Versicherte muss in seinem Freigabeantrag bekanntgeben, dass er die Fortsetzung des ersten Vertrages wünscht.

Grundsätzlich gilt: Der Antrag auf Freigabe muss innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Kündigung beim anderen Versicherer sein.

Freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV

Freiwilliges Mitglied der GKV wird die Person, die

- aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheidet. Diese Versicherung setzt sich **automatisch** als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird aber nur wirksam, wenn ein anderweitiger Versicherungsschutz für den Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs 4 SGB V). Bei der freiwilligen Krankenversicherung bedarf es nur noch dann einer Prüfung der Vorversicherungszeit, wenn es sich um die Sachverhalte im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweite Alternative SGB V (d. h. Neugeborene) oder um die Berücksichtigung des zwischen- und überstaatlichen Rechts (Zuzug aus dem Ausland) handelt;
- schwerbehindert im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes ist, wenn er, ein Elternteil oder der Ehegatte in den letzten 5 Jahren vor Beitritt mindestens drei Jahre in der GKV versichert waren, es sei denn, dass wegen der Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllt werden konnte. Für diesen Personenkreis kann die Kasse in ihrer Satzung ein Höchstaufnahmearter vorsehen;
- nach Rückkehr aus dem Ausland innerhalb von 2 Monaten eine Tätigkeit als Arbeitnehmer aufnimmt, die nicht zur Krankenversicherungspflicht führt. Voraussetzung ist eine frühere Mitgliedschaft, die durch den Wegzug aus Deutschland endete.

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung ist der Kasse innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt einer der oben genannten Voraussetzungen anzuzeigen.

Frühförderung und Sozialpädiatrie

Ziel der Therapie ist die Entwicklungsförderung im Kindesalter bei bestehenden geistigen, motorischen und sprachlichen Defiziten. Im Vordergrund der Behandlungen stehen psychologische und psychosoziale Inhalte. Kommen medizinisch-therapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie hinzu, spricht man von einer Komplexleistung.

Gebührenordnungen und Gebührenverzeichnis

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen berechnen ihr Honorar nach Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen.

Für Privatversicherte gelten

- GOÄ** – Gebührenordnung für Ärzte
- GOP** – Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten
- GOZ** – Gebührenordnung für Zahnärzte
- GebÜH** – Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

In den meisten Fällen werden die Regelhöchstsätze berechnet: Für die ärztlichen Leistungen ist das der 2,3-fache, für technische Leistungen der 1,8-fache und für Laborleistungen der 1,15-fache Satz der amtlichen Gebührenordnungen.

Bei Überschreiten dieser Sätze wird von der AXA Krankenversicherung bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen geleistet, wenn der (Zahn-)Arzt auf der Rechnung das Überschreiten des Regelhöchstsatzes ausreichend medizinisch begründet hat.

Höchstsatz für ärztliche Leistungen ist der 3,5-fache, für technische Leistungen der 2,5-fache und für Laborleistungen der 1,3-fache Satz der Gebührenordnung.

Die Höchstsätze lassen sich nur aufgrund einer Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient überschreiten. Diese zusätzlichen Kosten werden nur dann erstattet, wenn und soweit dies **vor Behandlungsbeginn** beantragt und **schriftlich zugesagt** wurde. In den stationären Tarifen mit privatärztlicher Behandlung erstatten wir bei Behandlung durch den Chefarzt bis zum 5-fachen Satz der GOÄ, um besonders bei schwersterkrankungen einen Spezialisten hinzuziehen zu können. Siehe auch Stichwörter **Honorarvereinbarung**, **Psychotherapie** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung**.

Gehaltsfortzahlung

Arbeitnehmer erhalten mindestens während der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit von ihrem Arbeitgeber Lohn oder Gehalt in voller Höhe weiter.

Mit dem 42. Tag einer Arbeitsunfähigkeit endet in der Regel die Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber. Der Verdienstausfall sollte je nach Bedarf bis zur vollen Höhe über einen Tarif mit 42 Karenztagen aufgefangen werden.

Im Arbeitsvertrag kann eine längere Gehaltsfortzahlung vereinbart sein. Hiernach soll bei Beantragung einer Verdienstausfallversicherung gefragt werden, da die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung sein darf. Außerdem ist der Beitrag bei längerer Karenzzeit günstiger.

Gemischte Anstalten

Unter gemischten Anstalten versteht man Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen.

Soll eine stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt durchgeführt werden, dann muss **vor Behandlungsbeginn** die schriftliche Kostenzusage eingeholt werden (§ 4 (5) MB/KK bzw. § 5 Abs. 8 AVB/KGV). Handelt es sich um eine Notfalleinweisung oder stellt die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes dar, werden die Kosten auch ohne vorherige Zusage im tariflichen Umfang übernommen. Der Verzicht auf die vorherige Zusage gilt (für die Dauer der Akut-Erkrankung) auch dann, wenn während des Aufenthaltes in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die nichts mit dem bisherigen Aufenthalts-/ Behandlungszweck zu tun hat (VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 26 (2) TB 2012).

Diese Krankenhäuser wurden von den zuständigen Landesausschüssen des PKV-Verbandes darüber informiert, dass sie als gemischte Anstalten eingestuft sind; üblicherweise informieren sie die Patienten vor Behandlungsbeginn über den Status des Hauses und fordern sie auf, sich mit ihrer privaten Krankenversicherung **vor der Aufnahme** wegen einer eventuellen Kostenübernahme in Verbindung zu setzen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung besteht kein tariflicher Leistungsanspruch, jedoch können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillige Leistungen erfolgen.

Generika-Prinzip

Der Tarif ActiveMe-U sieht eine 100%-ige Erstattung für Arzneimittel vor, wenn

- es sich um ein Generikum handelt
- es sich um ein Originalpräparat handelt, für das es zum Zeitpunkt der Verordnung kein Generikum gibt
- bei einem Notfall oder Unfall auf ein Originalpräparat zurückgegriffen wird
- bei der Einnahme eines Generikum nachweislich allergische Reaktionen auftreten oder die begründete Gefahr allergischer Reaktionen besteht
- es sich um einen Wirkstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Verordnung in der Substitutionsausschlussliste aufgeführt ist.

In dieser Liste werden Wirkstoffe aufgeführt, die schon bei geringer Dosis- oder Konzentrationsänderung zu klinisch relevanten Wirkungsveränderungen führen.

Generika sind wirkstoffgleiche Präparate, die im Vergleich zu Originalpräparaten jedoch wesentlich günstiger angeboten werden können, da keine Forschungs- und nur geringe Entwicklungskosten anfallen.

Geringfügige Beschäftigung

Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt (Geringfügigkeitsgrenze siehe Tabelle Seite 3).

Der Arbeitgeber zahlt bei geringfügigen Beschäftigungen eine Pauschalabgabe in Höhe von 30% (13% für die GKV, 15% für die GRV und 2% Pauschalsteuer).

Werden mehrere geringfügige Beschäftigungen nebeneinander ausgeübt, so sind sie hinsichtlich des Arbeitsentgelts zusammenzu-

rechnen. Ergibt sich insgesamt betrachtet ein monatliches Arbeitsentgelt oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze, so liegt Versicherungspflicht vor, solange die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten wird (Geringfügigkeitsgrenze siehe Tabelle Seite 3).

Nimmt ein versicherungspflichtig Beschäftigter zusätzlich eine geringfügig entlohnte Beschäftigung auf, so bleibt die geringfügige Beschäftigung sozialversicherungsfrei. Weitere geringfügige Beschäftigungen werden jedoch mit der Hauptbeschäftigung zusammenrechnet, so dass diese – im Gegensatz zu der als erstes aufgenommenen geringfügigen Beschäftigung – sozialversicherungspflichtig sind.

Übersteigt das regelmäßige Arbeitsentgelt aus beiden/mehreren Beschäftigungen die Jahresarbeitsentgeltgrenze, so endet die Krankenversicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, sofern die Grenze voraussichtlich auch im Folgejahr überschritten wird. Ab dem 01.01.2013 unterliegen geringfügig Beschäftigte, anders als bisher, der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine Befreiung ist auf Antrag des Arbeitnehmers möglich.

Siehe auch Stichwort **Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)**.

Gesellschafter-Geschäftsführer

Hinsichtlich der Versicherungsfähigkeit von Gesellschafter-Geschäftsführern sind drei Möglichkeiten zu unterscheiden:

- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist **beherrschend**: Beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer ist, wer 50 % der GmbH-Anteile oder weniger als 50 % der Anteile hält, aber dennoch die tatsächliche Entscheidungsgewalt in der Gesellschaft hat, d. h. aufgrund seiner Fachkenntnisse das Unternehmen wesentlich mitteilt und weder in der Gestaltung seiner Arbeit noch seiner Arbeitszeit Beschränkungen unterliegt. Beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer werden sozialversicherungsrechtlich zu den Selbstständigen gezählt, sind aber steuerrechtlich Arbeitnehmer der Gesellschaft. An sie ausbezahlte Arbeitgeberanteile werden daher der Einkommensteuer unterworfen, weil kein Anspruch auf den Arbeitgeberanteil nach § 257 SGB V besteht. Die Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall geht häufig über die für Arbeitnehmer obligatorischen 6 Wochen hinaus, ist aber nicht einheitlich geregelt. Es kann nur der tatsächliche Verdienstausschlag abgedeckt werden. Ausnahme: Werden dem Gesellschafter-Geschäftsführer laut Gehaltsabrechnung keine Sozialabgaben (Renten- Arbeitslosenversicherungsbeiträge) einbehalten, gilt der Geschäftsführer arbeitsrechtlich als Selbstständiger. Er könnte dann auch Krankentagegeldtarife mit weniger als 42 Karenztage abschließen, wenn der Arbeitsvertrag im Krankheitsfall eine kürzere Lohnfortzahlung als 42 Karenztage vorsieht (siehe **Annahmerichtlinien**).
- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist nicht beherrschend, erzielt jedoch ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Er ist wie ein versicherungsfreier Angestellter zu betrachten.
- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist nicht beherrschend und erzielt ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Dieser nicht beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer ist versicherungspflichtig.

Gesetzlicher Zuschlag

Seit 01. 01. 2000 ist im Neugeschäft der gesetzliche Zuschlag in der Krankheitskostenvollversicherung zu zahlen. Für Neukunden gilt ein Prozentsatz von generell 10 % auf den Beitrag ohne Berücksichtigung ggf. vorhandener Risikozuschläge. Ausnahmen sind einige Beihilfetarife, für die nur ein anteiliger gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 6 % erhoben wird. Neukunden haben rechtlich keine Möglichkeit, dem gesetzlichen Zuschlag zu widersprechen.

Für Kunden, die bereits vor dem 01. 01. 2000 eine private Krankheitskostenvollversicherung hatten, ist der gesetzliche Zuschlag erst seit 01. 01. 2001 zu entrichten, sofern vom Widerrufsrecht kein Gebrauch gemacht wurde. Der gesetzliche Zuschlag betrug in diesem Fall zunächst 2 % und wurde jährlich um zwei Prozentpunkte bis auf 10 % erhöht.

Der gesetzliche Zuschlag wird auf alle Krankheitskostenvollversicherungstarife erhoben, die dem Grunde nach lebenslang bestehen. Er ist nicht fällig für zeitlich befristete Tarife wie z. B. Ausbildungstarife und auch nicht für Zusatzversicherungstarife. Eine Ausnahme besteht für

stationäre Zusatztarife, die an die Vollversicherung angebündelt sind – z.B. Tarif KUR-U; für diese ist in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung auch der gesetzliche Zuschlag zu entrichten. Die Erhebung des gesetzlichen Zuschlags erfolgt, sobald Erwachsenenbeiträge gezahlt werden und endet am 1. Januar des Jahres, in dem der Kunde 60 Jahre alt wird. Er dient zur individuellen Stabilisierung der Beiträge ab dem 65. Lebensjahr. Das angesammelte Kapital wird dann für die Kunden individuell zur Stabilisierung verwendet. Sollte mit Vollendung des 80. Lebensjahres noch Kapital aus dem gesetzlichen Zuschlag übrig sein, wird dieses vollständig ausgeschüttet und zur Beitragsreduzierung verwendet.

Aufgrund des beitragsstabilisierenden Effektes hat AXA den Bestandskunden bei Einführung empfohlen, den gesetzlichen Zuschlag zu zahlen und nicht zu widersprechen.

Bei Tarifen der neuen Welt ist zusätzlich auch das angesammelte Kapital aus dem gesetzlichen Zuschlag bei einem Versichererwechsel mitgabefähig.

Gesundheitslotsenprinzip

Der Tarif ActiveMe-U unterstützt kostenbewusstes Verhalten, indem die ambulante Erstbehandlung durch einen sogenannten Gesundheitslotsen vollständig erstattet wird.

Gesundheitslotsen sind:

- Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- Fachärzte für Gynäkologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Not- und Bereitschaftsärzte
- Ärzte, die über einen von AXA zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden, sogenannte Online-Ärzte.

Für die Weiterbehandlung durch eine Facharzt wird eine Überweisung des Gesundheitslotsen benötigt, die dann von den Versicherten zusammen mit den Rechnungen der weiterbehandelnden Ärzte einzureichen ist.

Wird direkt ein Facharzt aufgesucht, so reduziert sich die Erstattung auf 80 % der Kosten.

Siehe auch Stichwort **Primärarzt**.

gesundheitservice360°

Weitere Informationen zum gesundheitservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

GKV-Versichertenentlastungsgesetz

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder komplett paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherung getragen werden. Selbstständige mit geringem Einkommen werden erheblich entlastet und Beitragsschulden abgebaut. Das Gesetz soll im Wesentlichen zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Entlastung von Arbeitnehmern und Rentnern:

Ab dem 1. Januar 2019 wird auch der von den Krankenkassen festzusetzende Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bzw. von Rentnerinnen und Rentner und der Rentenversicherung getragen.

Um zu hohe Kassenbeiträge zu vermeiden, dürfen die Finanzreserven der Krankenkassen den Umfang einer Monatsausgabe künftig nicht mehr überschreiten. Gesetzliche Krankenkassen, die über höhere Monatsausgaben verfügen, dürfen ihren Zusatzbeitrag ab 2019 nicht mehr anheben.

Ab 2020 müssen überschüssige Beitragseinnahmen über einen Zeitraum von drei Jahren abgebaut werden.

Entlastung von Selbstständigen:

Hohe Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse überfordern Kleinselbstständige, die sich gesetzlich versichern wollen. Deshalb sind freiwillig

versicherte Selbstständige bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten gleichgestellt (einheitliche Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte und Selbstständige: siehe Tabelle auf Seite 6). Zudem wird ein deutlicher Bürokratieabbau erreicht. Für die Beitragsbemessung ist es nicht mehr erforderlich, zwischen haupt- und nebenberuflich Selbstständigen zu unterscheiden.

Verbesserungen für Zeitsoldaten:

Zeitsoldatinnen und Soldaten, die nach dem 1. Januar 2019 aus dem aktiven Dienst ausscheiden, wird ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht. Die Soldatinnen und Soldaten erhalten ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung. Außerdem erhalten sie nach Ende ihrer Dienstzeit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen, der anstelle der bisherigen Beihilfe geleistet wird.

Grenzgänger

Grenzgänger sind Deutsche, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben, jedoch im Ausland (z. B. der Schweiz) berufstätig und bei einem ausländischen Unternehmen beschäftigt sind.

Sie sind nicht versicherungspflichtig nach dem Sozialgesetzbuch. Für die AXA Krankenversicherung gibt es Besonderheiten – bitte im Einzelfall bei uns nachfragen.

Grenzwerte

Siehe Tabelle auf Seite 3.

Hausfrauenbeiträge in der GKV

Die Beitragshöhe für freiwillig versicherte Hausfrauen (und Hausmänner) wird in aller Regel in der Satzung der jeweiligen Kasse festgelegt. Üblich ist, dass ein fiktives Einkommen in halber Höhe der Beitragsbemessungsgrenze / maximal jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt wird. Auf speziellen Antrag akzeptieren die Kassen häufig auch 50% vom Familieneinkommen. Siehe Tabelle auf Seite 3.

Haushaltshilfe/Häusliche Krankenpflege

GKV

GKV-Versicherte erhalten Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) während einer Vorsorgekur, einer stationären Behandlung, einer Rehabilitationsmaßnahme, einer häuslichen Krankenpflege oder einer Müttergenesungskur.

Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch entsteht nur, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Wird die Haushaltshilfe durch Verwandte oder Verschwägerter bis zum zweiten Grad erbracht, können Fahrtkosten und Verdienstausfall erstattet werden, wenn die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten stehen, die beim Einsatz einer Ersatzkraft anfallen würden.

Bei **Mutterschaft** kann ebenfalls eine Haushaltshilfe gestellt werden. In diesem Fall kann die GKV das Mutterschaftsgeld bis auf die Hälfte kürzen. Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden von uns – wie auch von der PKV insgesamt – nicht erstattet.

Seit dem 01.01.2004 muss der GKV-Versicherte eine Zuzahlung entrichten. Sie beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro.

Haushaltshilfe bei AXA

Die Haushaltshilfe umfasst alle Tätigkeiten, die zum Führen eines Haushaltes gehören. Hierunter fallen z. B. die Kinderbetreuung, Zubereitung des Essens, Reinigung der Wohnung oder der Wäsche.

Anspruch auf Haushaltshilfe besteht, wenn

- im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren lebt oder
- ein Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist und
- kein Haushaltsmitglied den Haushalt führen kann und
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes auf Grund einer

- Krankenhausbehandlung
 - Anschlussheilbehandlung
 - Schwangerschaft und Entbindung
 - häuslichen Behandlungspflege
- nicht möglich ist.

Es besteht ein Anspruch auf max. 50 Euro pro Tag und längstens 14 Tage je Versicherungsfall.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege erfolgt:

- zur Vermeidung oder Verkürzung einer stationären Krankenhausbehandlung (Krankenhausvermeidungspflege)
- zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung (Sicherungspflege)
- wenn eine Krankenhausbehandlung angezeigt aber nicht durchführbar ist.

Die häusliche Krankenpflege unterscheidet nach:

- **Behandlungspflege:** z. B. die Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung oder Verbandwechsel
- **Grundpflege:** z. B. die Körperpflege, Hilfe bei der Ernährung oder der Bewegung
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** z. B. Kochen, Einkaufen, Aufräumen der Wohnung

Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst in der Regel alle drei Teilbereiche, während die Sicherungspflege nur die Leistungen der Behandlungspflege beinhaltet.

Für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erstatten wir bis max. 50 Euro täglich und für max. 14 Tage je Behandlungsfall.

Die Behandlungspflege wird entsprechend den Versorgungsverträgen, die der Leistungserbringer mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat, oder sofern es keine Versorgungsverträge gibt, nach dem Gebührenverzeichnis für Behandlungspflege erstattet. Die Kosten werden für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall erstattet.

Siehe auch Stichwort **Mutterschaftsgeld**.

Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine 100 %-ige Fürsorgepflicht des Dienstherrn für **Soldaten, Bundespolizeibeamte und Polizeibeamte während der Ausbildung und im aktiven Dienst**. Ehegatten und Kinder haben Anspruch auf Beihilfe. Für sie ist eine Absicherung der verbleibenden Kosten nach den Beihilfetarifen erforderlich.

In einigen Bundesländern erhalten Polizeibeamte keine Heilfürsorge mehr, sondern Beihilfe, siehe Fahrplan Heilfürsorge, Kapitel **Beihilfe**.

Nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst erlischt der Anspruch auf Heilfürsorge. Ab diesem Zeitpunkt besteht Anspruch auf Beihilfe (gilt nicht für Wehrpflichtige oder Soldaten auf Zeit).

Siehe auch Stichwörter **Wehrpflichtige** und **Zeitsoldaten**.

Heilmittel

Als Heilmittel gelten **ausschließlich** die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Bäder, Bestrahlungen, Massagen, Krankengymnastik, Inhalationen), Ergotherapie und Logopädie. Für diese Anwendungen besteht tariflicher Leistungsanspruch, wenn sie **vorher ärztlich verordnet** werden oder vom Arzt/Heilpraktiker selbst durchgeführt werden.

Werden die Leistungen z. B. durch Masseur oder Krankengymnasten erbracht, gelten **als angemessene Vergütung** die Preise bis zu den Höchstsätzen lt. Heilmittelliste (VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 22 (2) TB 2012 bzw. § 5 Abs. 3 (1) AVB/KGV).

Bei einer Leistungserbringung durch Ärzte oder Heilpraktiker erfolgt die Berechnung nach den in der Gebührenordnung für Ärzte bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführten Positionen.

Heil- und Kostenplan

Als Service bieten wir unseren Kunden auch den Check von Heil- und Kostenplänen an, damit vor dem Therapiebeginn Klarheit über die finanziellen Konsequenzen der Therapie besteht.

Insbesondere bei Behandlung wegen Zahnersatz, Inlays, Implantaten, Parodontosebehandlungen und kieferorthopädischen Maßnahmen ist es immer sinnvoll, den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes **zusammen mit dem Kostenvorschlag des Labors** an uns zu senden.

In einigen Tarifen (z. B. Komfort Zahn-U, Kompakt Zahn-U, Premium Zahn-U) reduziert sich die Tarifleistung, wenn uns der Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig (vor Behandlungsbeginn) eingereicht worden ist.

Aber auch bei ambulanter ärztlicher Behandlung empfiehlt sich die Einreichung eines Heil- und Kostenplanes, wenn alternative Heilmethoden angewendet werden sollen.
Bei planbaren, insbesondere operativen Behandlungen, bringt die vorherige Zuleitung eines Heil- und Kostenplanes Klarheit über den Leistungsumfang.

Siehe auch Stichwörter **Alternative Heilmethoden und Arzneimittel (Naturheilverfahren)** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung**.

Heilpraktiker

Wir erstatten in den meisten Vollkostentarifen – außer z. B. in den Tarifen VA2-U, EVK-U – die Kosten ambulanter Heilpraktikerbehandlung im tariflichen Umfang für alle medizinisch notwendigen Heilbehandlungen, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind oder die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Bei allen Behandlungen der alternativen Medizin dürfen die Kosten nicht höher sein als die Kosten für vergleichbare Behandlungen in der Schulmedizin. Medikamente müssen vom Heilpraktiker verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Dies gilt auch für Injektionspräparate. Rezepte sind mit dem Nachweis des Bezuges aus der Apotheke einzureichen. Der Heilpraktiker muss sich an das geltende Gebührenverzeichnis halten. Überhöhte Honorarforderungen werden nicht erstattet. Vor Beginn einer Untersuchung oder Behandlung sollte der Kunde mit dem Heilpraktiker über den Umfang seines Versicherungsschutzes sprechen. Bei Problemen oder Unklarheiten helfen Ihnen die Mitarbeiter der Leistungsbereiche weiter. Siehe auch Stichwort **Alternative Heilmethoden und Arzneimittel (Naturheilverfahren)**.

Hilfsmittel

Erstattungsfähige Hilfsmittel sind in unseren AVB aufgeführt. Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

Höchstaufnahmealter

Bitte schlagen Sie in den **Annahmerichtlinien** nach.

Honorarvereinbarung

Normalerweise berechnen Ärzte und Zahnärzte ihr Honorar im Rahmen der jeweiligen Gebührenordnung (siehe Stichwort **Gebührenordnungen**). In einigen Fällen, wenn es sich z. B. um besondere Operationen handelt, wollen die Ärzte ein über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehendes Honorar mit dem Patienten vereinbaren. Sie legen ihm dann eine sogenannte „Honorarvereinbarung“ vor.

Damit eine solche Vereinbarung rechtsgültig ist, müssen einige Bedingungen erfüllt sein:

- Sie muss schriftlich getroffen werden.
- Sie muss individuell auf den Behandlungsfall des Patienten abgestimmt sein – ein Vordruck, in dem z. B. nur der Betrag oder Steigerungsfaktor genannt ist, genügt nicht.
- Sie muss erläutern, welche medizinischen Gründe eine höhere Berechnung rechtfertigen.
- Sie muss den Hinweis enthalten, dass eine Erstattung z. B. durch den privaten Krankenversicherer oder Beihilfestellen nicht in vollem Umfang gewährleistet bzw. zu erwarten ist.
- Darüber hinaus muss der Inhalt und der Abschluss einer solchen Honorarvereinbarung vom Arzt ernsthaft zur Disposition gestellt werden, d. h., dem Patienten muss nicht nur ein inhaltliches Gestaltungsrecht zugebilligt werden, sondern der Arzt muss auch auf die Möglichkeit hinweisen, dass die beabsichtigte Behandlung eventuell durch andere **Leistungserbringer im Gesundheitswesen** auch ohne Honorarvereinbarung (gegen ein im Rahmen der Gebührenordnung übliches Honorar) durchgeführt werden könnte.

Das bedeutet auch, dass eine solche Honorarvereinbarung auf keinen Fall bei Notfall-Behandlungen, Unfällen oder kurz vor einer Operation rechtswirksam getroffen bzw. anerkannt werden kann, weil dann der Patient keine Entscheidungsmöglichkeit hat, ggf. einen anderen **Leistungserbringer im Gesundheitswesen** aufzusuchen.

Ist der Patient bei Erfüllung aller Bedingungen bereit, eine Honorarvereinbarung zu treffen, sollte er sich vor der Unterschrift und Behandlung auf jeden Fall mit dem Leistungsbereich in Verbindung setzen.

Der Leistungsumfang und der mögliche Selbstbehalt für den Kunden wird dann geklärt und dem Kunden schriftlich zugesagt. Dies ist in den meisten Fällen Voraussetzung für eine über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehende Leistung.

Um den Versicherten für die typischen Fälle der Honorarvereinbarung eine zusätzliche Sicherheit zu geben, verzichten wir jedoch in bestimmten Fällen auf die Notwendigkeit der vorherigen schriftlichen Zusage (siehe hierzu auch Stichwort **Gebührenordnungen**).

Hospiz und Palliativversorgung

Bei der (teil-)stationären Behandlung in einem Hospiz und im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) werden schwersterkrankte Menschen betreut, um ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Die Menschen werden in ihrer letzten Lebensphase umfassend, unter anderem schmerztherapeutisch, versorgt.

Die Kosten für die Behandlung in einem Hospiz werden entsprechend der Höhe der maximalen GKV-Leistungen übernommen. Das Hospiz muss von der GKV zugelassen sein.

Die Leistungen für die ambulante Palliativversorgung erfolgen nach § 37b SGB V. In beiden Fällen werden Leistungen aus der Pflegeversicherung und der Beihilfe angerechnet.

Impfungen

Leistungspflicht besteht grundsätzlich nur für die Impfungen, die bei Verdacht auf eine Infektionskrankheit erfolgen (z. B. nach Kontakt mit einem eventuell tollwütigen Tier). Wir leisten nach den AVB aber auch für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze hat folgende Funktion: Festlegung der Pflichtmitgliedschaft in der GKV (Krankenversicherungspflichtgrenze).

Arbeitnehmer (gewerbliche Arbeitnehmer und Angestellte), deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die JAEG überschreitet, sind krankenversicherungsfrei.

Die Krankenversicherungspflicht endet mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die JAEG überschritten wird. Vorausgesetzt wird, dass das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt auch die von Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende JAEG übersteigt (siehe auch Stichwort **Arbeitgeberwechsel**).

Aufgrund des Beitragssicherungsgesetzes (BSSichG) gibt es in der Krankenversicherung zwei Jahresarbeitsentgeltgrenzen, die sich in der Höhe unterscheiden. So ist die JAEG für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 gesetzlich versichert waren, höher als die JAEG für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 privat versichert waren. Diese JAEG entspricht auch gleichzeitig der Beitragsbemessungsgrenze. Die Werte entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 3.

Siehe auch Stichwörter **Geringfügige Beschäftigung** und **Regelmäßiger Verdienst**.

Karenztage

Unter Karenztagen versteht man die leistungsfreien Tage in der Krankentagegeldversicherung. Die Karenztage zählen ab ärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfristen. Zeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung oder der gesetzlichen Mutterschutzfristen können bei der Krankentagegeldversicherung nicht berücksichtigt werden.

Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie beschäftigt sich – als Teilgebiet der Zahnmedizin – mit Kiefer- oder Zahnfehlstellungen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Davon abzugrenzen sind ästhetisch/kosmetische Maßnahmen, die nicht zum Leistungsumfang einer Krankenversicherung gehören. Vor Beginn von Maßnahmen für Kieferorthopädie ist in der Regel ein Heil- und Kostenplan vorzulegen (in einigen Tarifen reduziert sich ansonsten der Erstattungssatz). Auch bei kieferorthopädischen Maßnahmen sind die Leistungen in den ersten vier bzw. fünf Versicherungsjahren durch die Zahnstaffel begrenzt.

Kinderbeiträge der GKV

Kinder, die aufgrund der Bestimmungen in § 9 SGB V eine eigene Mitgliedschaft in der GKV haben, zahlen:

- den Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte. Dieser wird errechnet aus der Mindestbemessungsgrenze allgemein (siehe Tabelle Seite 3) als fiktives Einkommen, dem ermäßigten allgemeinen Beitragssatz und ggf. kassenindividuellem Zusatzbeitrag. Hinzu kommt der Beitrag für die SPV.
- Hat das Kind eigenes Einkommen, das über dieses fiktive Einkommen hinausgeht, ist das tatsächliche Einkommen zu berücksichtigen. Dabei zählen alle Einkunftsarten, z. B. Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

Kinder-/Jugendlichen-/Erwachsenenbeiträge

In fast allen Tarifen wird zwischen Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbeiträgen unterschieden.

Die Erhöhung erfolgt – abhängig vom jeweiligen Tarif – zum 1. des Folgemonats oder zum 01.01. des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte das entsprechende Alter erreicht. In den einzelnen Tarifen sind die jeweiligen Stufen mit den entsprechenden Prämien aufgeführt.

- Ab Alter 20 werden in den meisten Tarifen mit den Monatsbeiträgen Rücklagen für das Alter gebildet (Alterungsrückstellung). Die Beitragserhöhung erklärt sich dort also schon aus dem hinzugekommenen Sparbeitrag.
- Auch in Tarifen, in denen keine Alterungsrückstellung gebildet wird, kommt es aufgrund des erhöhten Risikos in diesen Altern zu einer Beitragsanhebung.
- Diese Vorgehensweise ist vom Gesetzgeber vorgegeben und ist deshalb bei allen PKV-Unternehmen gleich.

Kindernachversicherung

Neugeborene können in der Krankheitskostenvoll-/Zusatzversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten zum Tag der Geburt versichert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (§ 2 (2) MB/KK bzw. § 2 Abs. 3 (1) AVB/KGV):

- Am Tag der Geburt muss ein Elternteil seit mindestens 3 Monaten bei der AXA Krankenversicherung versichert sein.
- Die Anmeldung zur Versicherung muss spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt vorliegen.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Nach den **neuen Tarifbedingungen** kann der tarifliche Selbstbehalt des Kindes in der Krankheitskostenvollversicherung niedriger gewählt werden als der eines oder beider versicherten Elternteile. Sind beide Elternteile bei uns versichert, kann der Versicherungsschutz des Kindes so hoch sein wie der höherwertige Versicherungsschutz eines Elternteiles (VG 001 § 2 MB/KK, Nr. 7a TB 2012 bzw. § 2 Abs. 3 (2) AVB/KGV).
- **Im Geburtsmonat erfolgt eine pro-rata-Berechnung für den Beitrag des Kindes.**

Adoption

Abweichend von den Regelungen der Kindernachversicherung bei Geburt, ist im Falle der Adoption mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis 100 % des Tarifbeitrags möglich. Ansonsten steht die Adoption der Geburt eines Kindes gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Auch im Falle einer Adoption gilt die Zwei-Monatsfrist, d. h. die Antragstellung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Adoption

(Beschluss des Vormundschaftsgerichts) erfolgen und ein Nachweis über die Adoption muss beigelegt werden.

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war (Frühgeburtenregelung, (VG 001 § 2 MB/KK, Nr. 7c TB 2012 bzw. § 2 Abs. 3 AVB/KGV).

Für Pflegekinder gelten die vorstehenden Aussagen nicht.

Kostenerstattung bei der GKV (§ 13 Abs. 2 SGB V)

Seit dem 01.01.2004 können sich alle GKV-Versicherten für das Prinzip der Kostenerstattung entscheiden. Seit 01.04.2007 ist eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung bzw. den stationären Bereich möglich. Die Wahl des Kostenerstattungsprinzips für den stationären Bereich ist jedoch nicht empfehlenswert. Wir empfehlen, Wahlleistungen wie bisher ergänzend zu versichern.

Versicherte, die bis zum 31.12.2003 von der satzungsgemäßen Wahlmöglichkeit einer leistungsartbezogenen Begrenzung des Kostenerstattungsverfahrens Gebrauch gemacht haben und eine entsprechende private Ergänzungsversicherung abgeschlossen haben, dürfen im Rahmen des Vertrauensschutzes auch weiterhin die begrenzte Kostenerstattung beibehalten.

Was bedeutet Kostenerstattung?

Wer sich für das Kostenerstattungsprinzip entscheidet, erwirbt den Status eines Privatpatienten bei allen ambulanten Behandlungen (ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie und Kieferorthopädie).

Die Kostenerstattung kann auch nur für einzelne Personen gewählt werden; somit sind auch unterschiedliche Formen der Leistungsanspruchnahme innerhalb der Familie möglich.

Der Versicherte ist an die Wahl der Kostenerstattung für mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

Wie funktioniert das Kostenerstattungsprinzip?

Der behandelnde Arzt stellt eine Privatrechnung auf GOÄ- bzw. GOZ-Basis aus. Diese muss der Versicherte zunächst zur Erstattung bei seiner GKV einreichen. Auch Heil- und Kostenpläne für eine zahnärztliche Behandlung sind vor Behandlungsbeginn bei der GKV einzureichen. Die Kasse erstattet bzw. genehmigt bei einem Heil- und Kostenplan aber nur den Betrag, den die Behandlung nach dem Sachleistungsprinzip (Chipkartenabrechnung) gekostet hätte. Darüber hinaus werden die gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Arzneimittelzuzahlungen) und eine sog. Verwaltungskostenpauschale von der GKV in Abzug gebracht. Die Höhe des Verwaltungskostenabschlages richtet sich nach der Satzung der jeweiligen Kasse – maximal beträgt er 5 % des Rechnungsbetrages. Er wird je Versichertem mit Kostenerstattung und je Leistungsantrag erhoben. Dem GKV-Versicherten verbleibt somit eine erhebliche Lücke!

Siehe auch Kapitel **Zusatzversicherungen**.

Vorteile des Kostenerstattungsprinzips:

- Privatpatientenstatus
- Inanspruchnahme von Ärzten, die ausschließlich Privatpatienten behandeln
- Ggf. schnellere Terminvergabe beim Arzt
- Keine Budgetbeschränkungen beim Arzt
- Erstattung von verordneten Medikamenten, für die die GKV keine Leistungen erbringt

Bevor der Kunde die Kostenerstattung bei der GKV beantragt, sollte er einen Antrag für die Ergänzungsversicherung stellen. Erst nach Vorliegen einer verbindlichen Annahmestätigung empfiehlt sich die Beantragung des Kostenerstattungsverfahrens bei seiner Kasse, da die Bindefrist an diese Wahlentscheidung einheitlich mindestens ein Jahr beträgt.

Die Wahlfristen sind in der Kassensatzung festgelegt – in der Regel erfolgt die Umstellung auf das Kostenerstattungsverfahren zum nächsten Ersten oder zum nächsten Quartal – bitte bei der jeweiligen GKV nachfragen. Die jeweilige GKV ist auch Ansprechpartner, wenn es um weitere Fragen zur Kostenerstattung geht (z. B. Weiterführung des Kostenerstattungsprinzips bei Wechsel der GKV).

Krankengeld bei der GKV

Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Anschluss an die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers gezahlt, jedoch für dieselbe Krankheit längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Für Arbeitnehmer beträgt das Krankengeld 70 % des bisherigen regelmäßigen beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens (Regelentgelt), höchstens jedoch 90 % des bisherigen Nettolohnes. Das Krankengeld vermindert sich um die Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und zur Pflegeversicherung. Zur Berechnung des Krankengeldes wird allerdings nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer, deren Einkommen diese Grenze wesentlich überschreitet, müssen mit erheblichen finanziellen Einbußen rechnen. Bei Arbeitsunfähigkeit entsteht bei allen GKV-Mitgliedern mit Anspruch auf Krankengeld eine Versorgungslücke.

Das Krankengeld in der GKV ist zwar steuerfrei, unterliegt aber dem sogenannten Progressionsvorbehalt. Siehe Stichwort **Progressionsvorbehalt**.

Seit dem 01.08.2009 können Selbstständige, die freiwillig in der GKV versichert sind, das Krankengeld wieder mitversichern.

Dabei sind verschiedene Konstellationen möglich:

- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragsatz von 14,0 % und verzichtet auf den Einschluss des Krankengeldes.
- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragsatz von 14,0 % und schließt zusätzlich einen Wahltarif ab, der die Krankengeldzahlung in individuell zu vereinbarenden Höhe beinhaltet. **Bitte beachten:** Der Abschluss dieses Wahltarifs bindet den Kunden 3 Jahre an die jeweilige Krankenkasse. Die Mindestbindungsfrist findet bei einem Statuswechsel wegen Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 4 und § 190 Abs. 3 SGB V keine Anwendung. Allerdings muss das Pflichtmitglied eine Austrittserklärung nach § 190 Abs. 3 abgeben, damit die Versicherungsfreiheit ausgelöst wird und die Mitgliedschaft endet (Statuswechsel).
- Der Versicherte zahlt den allgemeinen Beitragsatz von 14,6 % und hat damit Anspruch auf die Krankengeldzahlung ab der 7. Woche. Allerdings besteht der Anspruch nur bis zur Höhe des maximal versicherbaren Tagegeldes in der GKV von rund 85 Euro.
- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragsatz und schließt das Krankentagegeld bei einem PKV-Unternehmen ab.

Bei den Varianten 1 und 3 kommt es zu entsprechend großen Deckungslücken.

Bei der Variante 3 ist zu berücksichtigen, dass der Selbstständige in den ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit nicht abgesichert ist und anschließend lediglich den Höchstsatz erhält, so dass hier eine Deckungslücke entstehen kann.

Krankenhaus, Wahlleistungen

Im Krankenhaus können neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch sogenannte Wahlleistungen in Anspruch genommen werden. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die privatärztliche Behandlung und die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Für die bessere Unterbringung können sich Patienten generell auch dann entscheiden, wenn keine privatärztliche Behandlung gewünscht wird.

Siehe auch Stichwörter **DRG** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung**.

Krankenhauswahl

Grundsätzlich können die Kunden der AXA Krankenversicherung jedes Krankenhaus weltweit aufsuchen, wenn es folgende Voraussetzungen erfüllt (§ 4 (4) MB/KK bzw. § 4 Abs. 2 AVB/KGV):

- Es muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen
- Es muss über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
- Es muss Krankengeschichten führen

Bei **Krankenhäusern**, die die oben genannten Bedingungen erfüllen, aber auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen (sog. gemischte Anstalten), wird für eine medizinisch notwendige stationäre

Heilbehandlung grundsätzlich nur dann geleistet, wenn dies **vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt** wurde. (Ausnahmen und weitere Informationen siehe auch Stichwort **Gemischte Anstalten**).

Bei Tbc-Erkrankungen wird auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Auch bei der Wahl des Krankenhauses ist grundsätzlich auf Kostengünstigkeit zu achten – dies gilt insbesondere für Privatkliniken. Bei planbaren Aufenthalten in Privatkliniken werden max. 50 % mehr als Entgelt anerkannt als in Plan-Krankenhäusern (öffentliche, freigemeinnützige oder konfessionelle). Diese Begrenzung bezieht sich ausschließlich auf die Unterbringungskosten – Arztkosten werden hiervon nicht berührt (VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 23 (2) TB 2012 bzw. VG100 § 4 Abs. 2 AVB/KGV, TB A (2)).

Soll eine stationäre Behandlung (z. B. eine Operation) in einem Krankenhaus durchgeführt werden, das sich weit entfernt vom üblichen Aufenthaltsort des Kunden oder sogar im Ausland befindet, können unnötig hohe Kosten (Transportkosten, Aufenthaltskosten, Arztkosten) anfallen. In solchen Fällen sollte auf jeden Fall eine **vorherige Abstimmung** mit dem Leistungsbereich erfolgen (siehe auch Stichwort **Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung**). Insbesondere bei Behandlungen in den USA können wir unseren Kunden einen besondere Service anbieten. Siehe auch Stichwort **gesundheitservice360°**.

Krankenkassenwahl

GKV-Versicherte können fast immer selbst entscheiden, in welcher Krankenkasse sie Mitglied sein wollen. An die Wahl der jeweiligen Kasse sind sie grundsätzlich 12 Monate gebunden (bis 31.12.2020 waren es 18 Monate).

Frei wählbare Krankenkassen:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) des Beschäftigungs- oder Wohnortes
- alle Ersatzkassen (z. B. Barmer GEK, DAK, TK)
- Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See (KBS)

Mit Einschränkungen wählbare Krankenkassen:

- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK) soweit sie für den Betrieb, in dem der Versicherte arbeitet, zuständig sind oder sich generell geöffnet haben.

Zuweisungskasse:

- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) Die LKK ist ausschließlich für bestimmte Berufszweige zuständig (s. Stichwort Landwirte), deren Angehörige auch kein Wahlrecht haben. Per Gesetz erhält nur noch die LKK Mitglieder zugewiesen, um die Existenz dieser Kassenart zu erhalten.

Generell kann immer auch diejenige Krankenkasse gewählt werden, die zuletzt für den zu Versichernden oder seinen Ehegatten zuständig war. Das Wahlrecht gilt nicht für die beitragsfrei versicherten Angehörigen in der Familienversicherung. Sie sind an die Wahlentscheidung des Mitglieds gebunden.

Die **Künstler-Sozialkasse** in Wilhelmshaven ist kein Versicherungsträger, sondern nur eine Verwaltungsbehörde. Ihre Aufgabe besteht u. a. in der Feststellung der Versicherungspflicht von Künstlern, der Befreiung von der Versicherungspflicht sowie im Einzug und der Abführung von Versicherungsbeiträgen an den jeweiligen gesetzlichen Versicherungsträger.

Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung

Beim Abschluss der Krankentagegeldversicherung ist für die Berechnung des Tagessatzes die Höhe des Monats**netto**einkommens zugrunde zu legen. Die Höhe des Monats**netto**einkommens ergibt sich aus dem Durchschnittswert der letzten 12 Monate vor Antragsstellung.

Informationen, bis zu welcher Höhe Krankentagegelder versicherbar sind, finden Sie in den Annahmerichtlinien.

Im Versicherungsfall wird – anders als in der GKV – vom Krankentagegeld kein Abzug der Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherungsbeiträge vorgenommen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von uns an die Bundesanstalt für Arbeit überwiesen. Allerdings müssen die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

während des Krankentagegeldbezugs zu 100 % weiter bezahlt werden. Der privatversicherte Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber Beiträge zur Rentenversicherung zu entrichten, kann dies aber für die Dauer von 18 Monaten freiwillig tun. Der Rentenversicherungsbeitrag wird berechnet auf Basis von 80 % des zuletzt bis zur Bemessungsgrenze bezogenen Arbeitsentgeltes. Siehe Stichwort **Arbeitsunfähigkeit**.

Erhöhung des Krankentagegeldes

(VG 002 § 4 MB/KT, Nr. 7 TB 2012)

- Für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung bietet AXA jährlich eine Erhöhung des Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an. Überschreitet das dadurch insgesamt versicherte Krankentagegeld das versicherbare Nettoeinkommen, darf der Versicherungsnehmer das befristete Angebot nicht annehmen.

Ein Angebot unterbleibt, wenn

- bei der Beitragszahlung Verzug besteht
- die Höchstgrenze von 200 Euro erreicht ist
- in den vergangenen drei Jahren oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen wurde.

- Im Verhältnis zur aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens kann die versicherte Person die Anpassung des Krankentagegeldes beantragen. Sofern die Antragstellung innerhalb von 2 Monaten nach Veränderung gestellt wird, entfallen die Wartezeiten und Gesundheitsprüfung. Ein entsprechender Einkommensnachweis ist beizufügen.

Bitte beachten Sie die gültigen Höchstgrenzen in den **Annahmerichtlinien!**

Kündigung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Freiwillige Mitglieder der GKV können eine Kündigung ihrer Mitgliedschaft mit der Absicht, **in die PKV** zu wechseln, zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats aussprechen. Um die GKV Mitgliedschaft wirksam zu kündigen, muss innerhalb der Kündigungsfrist die Annahmestätigung der PKV vorgelegt werden. Unterbleibt dies, ist die Kündigung unwirksam!

Aktuell können **Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV** eine Kündigung ihrer Mitgliedschaft mit der Absicht, **in eine andere GKV** zu wechseln, zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats aussprechen. Laut Gesetzesänderung soll ab dem 01.01.2021 dies dann automatisch **per elektronischem Meldeverfahren** durch die neue GKV geschehen, allerdings kommt das elektronische Meldeverfahren bei einem GKV Wechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis **im ersten Quartal 2021 noch nicht zum Einsatz**. In diesem Fall ist weiterhin noch eine fristgerechte Kündigung durch das Mitglied nötig. An die Wahlentscheidung für eine GKV ist das Mitglied **12 Monate** gebunden. Es gibt ein paar Ausnahmen.

Ausnahme bei Erhöhung des Zusatzbeitrages

Die 12-monatige Bindungsfrist **gilt nicht** bei Beitragssatzerhöhungen der GKV (wenn eine GKV einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht) – hier besteht ein **Sonderkündigungsrecht** (Frist: Kündigung muss bis zum Ende des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird).

Ausnahme bei Arbeitgeberwechsel

Nimmt ein Mitglied eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung auf, kann bis maximal 14 Tage nach Beginn der Beschäftigung eine neue Kasse gewählt werden – ohne Beachtung der Bindungsfrist.

Ausnahme bei Familienversicherung

Versicherungsberechtigte, d. h. freiwillig Versicherte, die in die Familienversicherung wechseln, müssen sich dabei ebenfalls nicht an die Bindungsfrist halten.

Besondere Bindungsfrist

Hat ein Mitglied **einen Wahltarif** bei seiner Krankenkasse abgeschlossen, beträgt die Mindestbindungsfrist ein Jahr (Ausnahme: beim Wahltarif Krankengeld und Selbstbehalttarifen sind es drei Jahre). Die Mindestbindungsfrist findet bei einem **Statuswechsel von Versicherungspflicht in Versicherungsfreiheit** (z. B. bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit oder wegen des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze) keine Anwendung bei **Wechsel in die PKV**.

Kündigung bei der PKV

Ordentliche Kündigung des VN

„Der VN kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahres), frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt sein.“ (§ 205 (1) VVG und AVB).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) schreibt der Gesetzgeber vor, dass ab dem 01.01.2009 eine Krankenversicherung mit Versicherungsschutz für ambulante Leistungen und für stationäre Regelleistungen bestehen muss. Dies gilt auch für die Pflegepflichtversicherung.

Kündigungen für die Pflichttarife werden ab 01.01.2009 nur wirksam, wenn das nahtlose Bestehen eines anderweitigen, gleichwertigen Versicherungsschutzes durch Nachweis belegt wird (Ausnahme Tod und Ausland). Wenn der Kunde diesen Nachweis nicht erbringt, können nur die Tarife beendet werden, die nicht von der Pflicht betroffen sind (z. B. Krankenhaustagegeldtarif).

Kündigung wegen Pflichtversicherung/Heilfürsorge

„Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, indem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.“ (§ 205 (2) VVG und AVB).

Wechsel zur GKV erfolgte nicht

Konnte die beabsichtigte GKV-Versicherung nicht begründet werden (z. B., weil die versicherungspflichtige Beschäftigung nicht angetreten wurde), sind wir zum erneuten Abschluss eines Vertrages – auch bei schlechtem Risiko – verpflichtet, wenn

- der VN die Fortführung bzw. den Neuabschluss des Vertrages innerhalb von **drei Monaten nach Beendigung des bei uns bestanden PKV-Vertrages** beantragt und

- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre ununterbrochen bestanden hat und

- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss fortgeführt wird bzw. werden soll.

Der Vertrag ist

- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmemeerkklärung) und

- ohne erneute Wartezeiten sowie

- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Bei der Versicherungszeit von fünf Jahren wird auch eine Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, wenn die versicherte Person während der Zeit der Anwartschaftsversicherung versicherungsfrei war und daher keine Möglichkeit auf Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in der GKV hatte.

GKV-Versicherung kann nicht fortgesetzt werden

Kann die GKV-Versicherung nicht fortgesetzt werden (z. B. weil die Versicherungszeit von fünf Jahren nicht erfüllt ist), sind wir zum erneuten Abschluss eines Vertrages – auch bei schlechtem Risiko – verpflichtet, wenn

- der VN die Fortführung bzw. den Neuabschluss des Vertrages
- innerhalb von **zwölf Monaten nach Beendigung des bei uns bestandenen PKV-Vertrages** beantragt und
- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre ununterbrochen bestanden hat und
- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss an die GKV-Versicherung fortgeführt wird bzw. werden soll.
Der Vertrag ist
- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmeerklärung) und
- ohne erneute Wartezeiten sowie
- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Bei der Versicherungszeit von fünf Jahren wird auch eine Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, wenn die versicherte Person während der Zeit der Anwartschaftsversicherung versicherungsfrei war und daher keine Möglichkeit auf Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in der GKV hatte.

Der Vertrag bei einer anderen PKV kommt nicht zustande

Kommt der Vertrag bei einer anderen PKV – aus welchen Gründen auch immer – nicht zustande, wollen wir den bei uns gekündigten Vertrag unverändert fortführen, wenn

- der VN die Fortführung des Vertrages innerhalb von **drei Monaten nach Beendigung des bei uns bestandenen Vertrages** beantragt,
- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre bestanden hat und
- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss fortgeführt wird.
Der Vertrag ist
- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmeerklärung) und
- ohne erneute Wartezeiten sowie
- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Sonderfall VVG Neu: Der VN schließt bei einem anderen Versicherungsunternehmen einen Vertrag ab und hat uns zuvor nachgewiesen, dass Folgeschutz besteht, so können wir die Kündigung bestätigen. Anschließend widerspricht der VN beim neuen Unternehmen dem Vertragsabschluss. Damit ist ein Vertrag dort nicht zustande gekommen. Die Kündigung bei uns wird jedoch nicht unwirksam und der Vertrag muss nicht wieder in Kraft gesetzt werden. Das Folgeunternehmen ist verpflichtet, die Versicherungspflicht zu kontrollieren.

Zahlt der Kunde hingegen beim Folgeunternehmen den Erstbeitrag nicht, ist das Unternehmen entsprechend der neuen MBKK nicht berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Diesen Kunden werden wir nicht wieder aufnehmen können/müssen. Dies gilt natürlich auch dann, wenn der VN bei uns den Erstbeitrag nicht zahlt. Ein Rücktritt ist nicht möglich (natürlich jeweils nur im Rahmen der Pflichtversicherung, bei Zusatzversicherungen bleibt es bei der alten Rechtslage, ebenfalls bei der KT-Versicherung).

Kündigung bei Beitragsanpassung

Ein Versicherungsnehmer kann bei einer Beitragsanpassung innerhalb von zwei Monaten mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragsanpassung wirksam wird. Die Frist beginnt mit Zugang der Mitteilung (§ 205 Abs. 4 VVG).

Für eine Pflichtversicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 wird die Kündigung nur wirksam, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachgewiesen wird, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Liegen zwischen der Kündigungserklärung und dem Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate, so muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden (§ 205 Abs. 6 Satz 2 VVG).

Kündigungsmöglichkeiten in der PKV

Vertraulich! Nur intern zur Eigenschulung verwenden.

Ein Wechsel zwischen den Unternehmen der PKV sollte genau überlegt werden.

Wichtig:

Erst wenn der Antrag angenommen wurde, kommt der Vertrag zustande. Sorgen Sie deshalb für eine rechtzeitige Annahmemeitscheidung.

Gesellschaft	Mindestvertragsdauer	Kündigungsfrist: 3 Monate zum Ende des ...
Allianz	2 Jahre	Kalenderjahres
Alte Oldenburger	2 Jahre	Versicherungsjahres
ARAG	2 Jahre	Kalenderjahres
AXA Privatwirtschaft + ÖD (DBV)	2 Jahre	Kalenderjahres
AXA (ehemalige DBV-Modultarife)	1 Jahr	Kalenderjahres
Barmenia	2 Jahre	Versicherungsjahres
BBKK (Verbundtarife mit UKV)	2 Jahre	Kalenderjahres
Concordia	2 Jahre	Kalenderjahres
Continentale (Mannheimer Altтарife abweichend)	1 Jahr	Versicherungsjahres
Debeka	2 Jahre	Versicherungsjahres
DEVK	1 Jahr	Kalenderjahres
DKV	2 Jahre	Kalenderjahres
FAMK	1 Jahr	Versicherungsjahres
Generali (ehemals Central)	2 Jahre	Kalenderjahres
Gothaer	2 Jahre	Kalenderjahres
Hallesche	2 Jahre	Versicherungsjahres
HanseMercur	2 Jahre	Kalenderjahres
HUK-Coburg	1 Jahr	Kalenderjahres
Inter	2 Jahre	Versicherungsjahres
LKH	2 Jahre	Kalenderjahres
LVM	2 Jahre	Kalenderjahres
Mecklenburgische	1 Jahr	Kalenderjahres
Münchener Verein	2 Jahre	Kalenderjahres
Nürnberger	2 Jahre	Kalenderjahres
ottonova	2 Jahre	Kalenderjahres
R+V	2 Jahre	Kalenderjahres
SDK	2 Jahre	30.06. eines Jahres
Signal Iduna	2 Jahre	Versicherungsjahres
Signal Iduna (ehemalige Deutscher Ring Tarife)	2 Jahre	Kalenderjahres
UKV (Verbundtarife mit BBKK)	2 Jahre	Kalenderjahres
uniVersa	2 Jahre	Versicherungsjahres
VGH Provinzial	2 Jahre	Kalenderjahres
VRK (ehemals Pax-Familienfürsorge)	2 Jahre	Kalenderjahres
Württembergische	2 Jahre	Kalenderjahres

Quelle: Tarifbedingungen der Mitbewerber

Im Einzelfall können die Kündigungsmöglichkeiten (z. B. Altverträge oder NBL-Tarife) auch anders liegen. Bei der Krankentagegeldversicherung beträgt die Vertragsdauer in der Regel 1 Jahr.

Hinweis bei „Kalenderjahr“: in der Regel Rumpffahr + 1 Jahr.

Kündigung durch die AXA Krankenversicherung

Vollversicherung und Zusatzkosten- und Pflegeergänzungsversicherung

Die AXA Krankenversicherung verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht (VG 001 §14 MB/KK, Nr. 55 TB 2012 und §14 (1) AVB/EPV). Ausnahmen: Krankentagegeldtarife, wenn keine Vollversicherung bei uns besteht.

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Die AXA Krankenversicherung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des 3. Versicherungsjahres kündigen, wenn nicht gleichzeitig auch eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die AXA Krankenversicherung verzichtet gemäß neuen Versicherungsbedingungen auf ihr Kündigungsrecht, wenn das Krankenhaustagegeld ursprünglich mit einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wurde, auch wenn diese zum Ende des dritten Versicherungsjahres nicht mehr besteht (VG 001 § 14 MB/KK, Nr. 55 TB 2012).

Krankentagegeld-Versicherung

Die AXA Krankenversicherung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden der ersten 3 Versicherungsjahre kündigen; eine Kündigung ist nicht möglich, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers gegeben ist. Bei Selbstständigen verzichten wir auf das Kündigungsrecht, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (VG 002 § 14 MB/KT Nr. 34 TB 2012).

Pflegepflichtversicherung

Endet die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, so kann die AXA Krankenversicherung mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für den Versicherungsnehmer maßgeblichen Zeitpunkt kündigen; danach ist eine ordentliche Kündigung nur mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum Jahresmöglich. (§ 14 (2) MB/PPV).

Künstler/Publizisten

Künstler ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist. Künstler und Publizisten sind in der GKV versicherungspflichtig nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG).

Befreiung von der Versicherungspflicht:

Das Gesetz sieht zwei Möglichkeiten des Künstlers/Publizisten vor, sich von der gesetzlichen Krankenversicherung befreien zu lassen:

- als Berufsanfänger
- als Höherverdienender

Als **Berufsanfänger** gilt ein Künstler/Publizist innerhalb der ersten drei Jahre nach erstmaliger Aufnahme seiner hauptberuflichen künstlerischen/publizistischen Tätigkeit. Der Berufsanfänger kann innerhalb der ersten 3 Monate seiner Berufstätigkeit wählen, ob er der GKV beitreten oder sich bei einem PKV-Unternehmen versichern will. Entscheidet sich der Berufsanfänger für eine PKV, muss nachgewiesen werden, dass deren Vertragsleistungen denen der GKV entsprechen. Wer einmal von der Versicherungspflicht befreit worden ist, verbleibt auch nach Ablauf der dreijährigen Berufsanfängerzeit in der privaten Krankenversicherung, es sei denn, er hat innerhalb der drei Jahre nach erstmaliger Aufnahme der selbständigen künstlerischen/publizistischen Tätigkeit schriftlich erklärt, dass seine Befreiung von der Versicherungspflicht enden soll. Die Versicherungspflicht beginnt in diesem Fall nach Ablauf der Dreijahresfrist. Die Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht mehr widerrufen werden, wenn sie nach Ablauf der Dreijahresfrist noch besteht.

Höherverdienende:

Künstler oder Publizisten können sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen, wenn ihr Gesamteinkommen aus drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Summe der Jahresarbeitsentgeltgrenzen für denselben Zeitraum überstiegen hat. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Kur- und Sanatoriumsbehandlungen dienen der Erhaltung der Gesundheit und nicht der Heilung. Nach den Bestimmungen des § 5 Abs. 1 d MB/KK bzw. § 6 Abs. 7 AVB/KGV besteht für diese Behandlungen

keine Leistungspflicht, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält.

Ob und in welchem Umfang wir uns im Einzelfall an den Kosten für eine solche Behandlung beteiligen können, muss unbedingt vor Beginn der Behandlung mit den Leistungsbereichen abgeklärt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Tarifaussagen ist jeder Fall individuell zu prüfen.

Allgemeine Informationen enthält auch das Merkblatt „Zuschüsse zu Kuren“. Bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen ist zu unterscheiden nach:

Kur

Sie dient der Vorbeugung von gesundheitlichen Fehlentwicklungen bzw. Festigung des Gesundheitszustandes. Eine Kur liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem bestimmten Plan bestimmte ortsgebundene Heilfaktoren (z. B. Wasser, Luft, Klima) angewendet werden. Ziel ist die Aktivierung der eigenen Körperkräfte. Durch Schulungen und Vorträge soll Einfluss auf die Lebensführung genommen werden.

Sanatoriumsbehandlung

Diese erfolgt wie die Kur, beinhaltet aber zusätzlich die Unterkunft, Pflege, Verpflegung und weitere Behandlungsangebote im Sanatorium.

Mutter-/Vater-Kind-Kur

Bei dieser Form der Kur erfolgt die Unterbringung/Behandlung von Mutter oder Vater zusammen mit dem Kind in einer entsprechenden Einrichtung. Dabei ist es nicht Voraussetzung, dass auch das Kind erkrankt ist. Es kann auch z. B. ein gesundes Kind mit einem erkrankten Elternteil aufgenommen werden.

Genesungskur

Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach einer mindestens 15-tägigen Krankenhausbehandlung oder einem 10-tägigen Krankenhausaufenthalt mit durchgeführter Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist.

Sonstige Kur

Darunter fallen die Kuraufenthalte, die die Kriterien für eine Genesungskur nicht erfüllen.

Landwirte

Landwirte sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV (Landwirtschaftliche Krankenkasse). Die LKK ist ausschließlich für die u. g. Berufszweige zuständig. Auch deren Angehörige haben kein Wahlrecht.

Landwirtschaftliche Unternehmer können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn der Wirtschaftswert ihres landwirtschaftlichen Unternehmens 30.000 Euro übersteigt. Der Antrag auf Befreiung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht gestellt werden.

Landwirte sind nach dem Gesetz Unternehmer

- der Land- und Forstwirtschaft
- des Gartenbaus
- des Wein-, Obst- und Gemüsebaus
- der Teichwirtschaft und Fischzucht
- der Seen- und Flussfischerei und Imker
- der Wanderschäferei

Leistungsende bei der GKV

Der Anspruch auf Leistungen der GKV erlischt an dem Tag, an dem die Mitgliedschaft in der GKV endet (§ 19, 1 SGB V). Bei Wechsel in die private Krankenversicherung besteht also unter keinen Umständen eine Nachleistungspflicht in der GKV.

Etwas anderes ergibt sich für die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, wenn diese endet und keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. In diesen Fällen besteht eine Nachleistungspflicht von max. 1 Monat (§ 19, 2 SGB V).

Leistungskürzungen in der GKV

Siehe S. 5.

Medi-Service

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 223 – 231.

Medizinische Notwendigkeit

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf eine Versicherungsleistung ist, dass die jeweilige Untersuchung bzw. Behandlung einschließlich der verordneten Medikamente, Heil- und Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit muss anhand objektiver Kriterien (z. B. durch medizinische Befunde, Laborergebnisse, Röntgenaufnahmen, Modelle) nachvollziehbar sein.

Das ist eigentlich selbstverständlich. Allerdings gibt es in Grenzbereichen manchmal Probleme.

Zum Beispiel kann es sein, dass eine Erkrankung zwar eine Behandlung erfordert, dass diese aber nicht in einem Krankenhaus (stationär) durchgeführt werden muss – dann liegt für die Durchführung der stationären Behandlung keine medizinische Notwendigkeit vor. Bei einer inhaltlich vergleichbaren ambulanten Durchführung der Therapien würden die Kosten hingegen tariflich erstattet.

Auch im zahnärztlichen Bereich kann eine bestimmte Versorgungsart zwar medizinisch möglich, aber trotzdem nicht medizinisch notwendig sein. Hier sorgt ein rechtzeitig vor Behandlungsbeginn eingereichter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors für Klarheit.

Auch in Bezug auf Rücktransporte aus dem Ausland kann die medizinische Notwendigkeit fraglich sein. Bei Krankheit oder Unfall ist der Wunsch des Kunden nach einem Rücktransport nach Deutschland nur zu verständlich – für die Versicherungsleistung kann es aber nur darauf ankommen, ob eine medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport vorliegt. Die Grenzen hierfür sind eher eng zu sehen.

Zur Vermeidung von finanziellen Belastungen des Kunden empfiehlt es sich, unbedingt beim Leistungsbereich telefonisch nachzufragen. Bei Fragen zu Rücktransporten nach Deutschland wird über die in den Versicherungsunterlagen angegebene Notruf-Telefonnummer Klarheit geschaffen.

Mutterschaftsgeld

Unabhängig davon, ob eine Frau berufstätig ist oder nicht, hat sie nach der Geburt eines Kindes Anspruch auf Elterngeld. Für das Mutterschaftsgeld ist es im Gegensatz hierzu erforderlich, verschiedene Fälle zu unterscheiden:

Nicht berufstätige Frauen:

Regelung für gesetzlich Versicherte	Regelung für privat Versicherte
<ul style="list-style-type: none"> keine Leistung durch die GKV außer bei Bezug von ALG (Mutterschaftsgeld entspricht Höhe des ALG) Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld familienversicherte oder geringfügig beschäftigte Frauen erhalten ein einmaliges Mutterschaftsgeld von 210 EUR 	<ul style="list-style-type: none"> kein Mutterschaftsgeld grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld

Selbstständige Frauen mit Krankentagegeldanspruch:

Regelung für gesetzlich Versicherte	Regelung für privat Versicherte
<ul style="list-style-type: none"> Mutterschaftsgeld während der Schutzfristen in Höhe des versicherten Krankengeldes. Das Elterngeld wird hierauf angerechnet meist keine Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld und Mutterschaftsgeld. Bitte ggf. Rücksprache mit der Kasse halten. 	<ul style="list-style-type: none"> kein Mutterschaftsgeld grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld Anspruch auf das versicherte Krankentagegeld unter Anrechnung möglicher Ersatzleistungen

Selbstständige Frauen ohne Krankentagegeldanspruch:

Regelung für gesetzlich Versicherte	Regelung für privat Versicherte
<ul style="list-style-type: none"> keine Leistung durch die GKV Beitragspflicht während des Bezugs von Elterngeld 	<ul style="list-style-type: none"> kein Mutterschaftsgeld grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld

Arbeitnehmerinnen:

Regelung für gesetzlich Versicherte	Regelung für privat Versicherte
<ul style="list-style-type: none"> Mutterschaftsgeld maximal 390 EUR pro Monat während der Schutzfristen (6 Wochen vor, bis 8 Wochen nach der Entbindung bzw. 12 Wochen nach der Entbindung bei Zwilling- oder Frühgeburten) Während der Schutzfristen übernimmt der Arbeitgeber die Differenz zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem Nettoeinkommen Laufend zu zahlendes Mutterschaftsgeld wird auf das Elterngeld bis zu 13 EUR täglich angerechnet; das Elterngeld wird also ergänzend bezahlt, wenn das Mutterschaftsgeld im Einzelfall geringer ist als das Elterngeld. D. h. 2 Monate Mutterschaftsgeld inkl. AG-Zuschuss werden auf 2 Monate der Elterngeldleistung für die Mutter angerechnet. Während des Bezugs von Elterngeld und für die Dauer der Elternzeit ist die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen bzw. familienversicherten Mitgliedern der GKV beitragsfrei (Ausnahme: immatrikulierte Studenten). Familienversichert ist auch der Ehepartner, der bisher auch freiwilliges Mitglied der GKV war (als Arbeitnehmer), wenn die sonstigen Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind. 	<ul style="list-style-type: none"> einmaliges Mutterschaftsgeld von 210 EUR Der Antrag ist zu stellen beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) – Mutterschaftsgeldstelle – Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn Während der Schutzfristen übernimmt der Arbeitgeber die Differenz zwischen 390 EUR und dem Nettoeinkommen Das einmalige Mutterschaftsgeld wird nicht auf das Elterngeld angerechnet grundsätzliche Beitragspflicht unabhängig von Elternzeit und Elterngeld Anspruch auf das versicherte Krankentagegeld unter Anrechnung möglicher Ersatzleistungen

Nachmeldepflicht

Die vorvertragliche Anzeigepflicht betrifft, wenn der Antrag nach dem Invitativmodell aufgenommen wird, auch die Zeit zwischen Antragstellung und Antragsannahme. Diese Nachmeldepflicht besteht bis zur Annahme unseres Angebotes (Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss) durch den/die Versicherungsnehmer/in. Sagen Sie dem Kunden, dass er alle Veränderungen des Gesundheits- oder Gebisszustandes bzw. Schwangerschaften, die bis zur Annahme seines Antrags eintreten, umgehend schriftlich an die AXA Krankenversicherung nachmelden muss. Die Anzeigepflicht einschließlich der Nachmeldepflicht gilt natürlich auch für den Bereich der Vorversicherung, des Berufs und des Familienstandes. Siehe auch Stichwort **Anzeigepflicht bei Antragstellung**.

Bei einem Vertrag nach dem Antragsmodell entfällt die Nachmeldepflicht für den Versicherungsnehmer.

Notlagentarif

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zum 01.08.2013 wurde auch der Notlagentarif (NLT) eingeführt.

Mit dem Tarif soll es säumigen Versicherten ermöglicht werden, ihre Schuldenlast zu tilgen und damit die Möglichkeit eröffnet werden, wieder in ihren herkömmlichen Versicherungstarif zurückzukehren. Besteht ein Beitragsrückstand, so erfolgt nach Durchführung des Mahnverfahrens automatisch die Umstellung in den Notlagentarif. Eine Umstellung kann nicht durch Antragstellung des Versicherten erfolgen. Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Für Kinder und Jugendliche besteht Versicherungsschutz wegen Krankheit und Unfallfolgen. Ebenso werden Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission empfiehlt, für Kinder und Jugendliche übernommen.

Optionsmöglichkeiten

Durch die Ausübung einer Option kann eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit höheren als auch umfassenderen Leistungen vornehmen, sofern die Voraussetzungen hierfür gegeben sind und Versicherungsfähigkeit im gewünschten Tarif besteht.

Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen und Fristen zur Wahrnehmung der Option entnehmen Sie bitte dem jeweiligen Tarifblatt.

Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall

Tarife PVN/PVB:

Häusliche Pflege

Bei Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für die Pflege durch eine Fachkraft erstattet oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/Freunde) gezahlt.

Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (siehe Tarife PVN/PVB, Seiten 233 und 234).

Pflegeberatung

Versicherte Personen haben seit 01.01.2009 Anspruch auf kostenlose individuelle Pflegeberatung und -begleitung. Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird.

Stationäre Pflege

Die monatlichen Höchstsätze für die stationäre Pflege in Pflegeheimen sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (siehe Tarife PVN/PVB, Seiten 233 und 234).

Daneben bietet das Pflegemanagement Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wie beispielsweise:

- Beratung für eine optimale Folgeversorgung nach stationärer Behandlung
- Leistungsfragen zur Pflegebedürftigkeit
- Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Pflegeheimen und -fachkräften
- Beschaffung von Pflegehilfsmitteln

Primärarzt

Die Tarife Vital-U und EL Bonus-U fördern kostenbewusste Verhaltensweisen, indem sie die Erstbehandlung durch einen sogenannten Primärarzt honorieren. Im Tarife EL Bonus-U geschieht das durch einen höheren tariflichen Erstattungssatz. Aus dem Tarif Vital-U können erwachsene Versicherte (ab 20 Jahre) einen „Verhaltensbonus“ für kosten- oder gesundheitsbewusstes Verhalten bekommen.

Primärärzte im Sinne der Tarife Vital-U und EL Bonus-U sind

- praktische Ärzte
- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Gynäkologen
- Augenärzte
- Kinderärzte (nur Tarif EL Bonus-U)

Ärzte anderer Fachrichtungen können nicht als Primärarzt anerkannt werden, auch dann nicht, wenn sie eine „Hausarztfunktion“ übernehmen. Erfahrungsgemäß liegt das Liquidationsniveau bei diesen Ärzten deutlich über dem der oben genannten Fachrichtungen, so dass ihre Anerkennung als Primärarzt der Absicht der tariflichen Regelung zuwiderliefe.

Ausnahme: Ein Internist, der den Antragsteller nachweislich über mehrere Jahre als Hausarzt behandelt hat, kann dem Primärarzt gleichgestellt werden.

Voraussetzungen:

1. Der Internist wird bereits im Antrag namentlich als Hausarzt genannt.
2. Wir prüfen anhand eines Arztberichtes den Behandlungsverlauf der letzten Jahre.
3. Hat der Internist den Antragsteller nachvollziehbar über mehrere Jahre hausärztlich behandelt, so erfolgt eine entsprechende Dokumentation.

Siehe auch Stichwort: **Gesundheitslotsenprinzip**.

Privatkliniken

Siehe hierzu Stichwort: **Krankenhauswahl**.

Probeantrag

Häufig erhalten wir Anträge, die als „Probeanträge“ gekennzeichnet sind; diese Probeanträge sind für den Kunden unverbindlich und das Verfahren ist weder für den Kunden noch für den Vermittler vorteilhaft, da zu einem späteren Zeitpunkt der Kunde erneut aufgesucht werden muss, um den eigentlichen Antrag aufzunehmen.

Für den Fall, dass ein Kunde einen Probeantrag wünscht, bietet sich die Antragsaufnahme nach dem Invitativmodell an, da dieser Antrag für den Kunden ebenfalls unverbindlich ist. Nach der Prüfung des Invitativantrages erhält der Kunde ein Angebot zum Abschluss einer Krankenversicherung mit allen notwendigen Angaben und Informationen, die er auch bei einem „Probeantrag“ bekommen würde. Der Kunde kann dieses Angebot prüfen und ggf. annehmen. So kommt der Vertrag ohne erneuten Besuch des Kunden zustande.

Progressionsvorbehalt

Krankengelder für GKV-Versicherte sind nicht generell steuerfrei. Grundlage hierfür ist § 32 b des Einkommensteuergesetzes. Danach führt bei Arbeitnehmern außer Arbeitslosengeld auch die Zahlung von Krankengeld durch die GKV zu einem höheren Steuersatz.

Die Zahlungen von Krankengeld müssen beim Lohnsteuerjahresausgleich oder der Einkommensteuererklärung angegeben werden. Sie unterliegen dem Progressionsvorbehalt. Das heißt, der anzuwendende Steuersatz kann höher ausfallen, obwohl die Höhe des zu versteuernden Einkommens sich nicht verändert hat. Bagatellfälle sollen über die Werbungskostenpauschale für Arbeitnehmer ausgegrenzt werden.

Für die Bezieher von Krankentagegeld aus der PKV gilt diese Bestimmung nicht! Private Krankentagegelder sind völlig steuerfrei!

Psychotherapie

Damit die Kosten übernommen werden können, muss es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit handeln, also nicht z. B. um Erziehungshilfen, Beratung wegen schulischer oder familiärer Probleme oder um Lehranalysen.

Nach den Tarifbedingungen besteht ein tariflicher Leistungsanspruch dann, wenn die ambulante Psychotherapie durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird. Die Erstattung ist abhängig von der Sitzungszahl – die jeweilige Höhe entnehmen Sie bitte der jeweiligen Tarifbeschreibung.

Unabhängig vom Versicherungsbeginn gilt, dass Leistungen für Psychotherapien durch Heilpraktiker generell für alle Tarife ausgeschlossen sind.

Selbstverständlich wird vor Behandlungsbeginn und in bestimmten Abständen während des Therapieverlaufs geprüft, ob die medizinische Notwendigkeit (weiter) gegeben ist.

Hinweis: Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen ausführlichen Bericht an den Leistungsbereich zu senden, damit der Kunde auch vor Behandlungsbeginn über den Leistungsumfang informiert werden kann.

Rechnungs-Check

Mit der Beurteilung, ob eine Rechnung im Einzelfall in vollem Umfang korrekt ausgestellt wurde, sind die Kunden in aller Regel überfordert. Einmal bezahlt, fällt es jedoch schwer, zu Unrecht berechnete Beträge zurückzufordern.

Der Rechnungs-Check der AXA bietet dem Kunden die Möglichkeit, insbesondere höhere Behandlungsrechnungen vor der Bezahlung gründlich prüfen zu lassen. Beinhaltet die Rechnung Anteile, die aus gebührenrechtlicher Sicht nicht korrekt sind, so kann der Kunde dies nun bei der Bezahlung der Rechnung berücksichtigen und ggf. auch gegenüber dem Leistungserbringer im Gesundheitswesen oder der Verrechnungsstelle argumentieren.

Für welche Belege eignet sich der Rechnungs-Check?

- **Arzt- oder Zahnarztrechnungen aus Deutschland** mit einem **Rechnungsbetrag von min. 200 Euro**
- Die Rechnungen sind **noch nicht bezahlt** und das **Zahlungsziel noch nicht erreicht**

Nach der Prüfung erhält der Versicherungsnehmer schnellstmöglich eine schriftliche Information über die Erstattungsfähigkeit der Rechnung.

Wichtig: Eine Prüfung/Bearbeitung der Rechnung ist nur möglich, wenn für die Einreichung das Formular „Rechnungs-Check“ verwendet wird. Die Unterlagen können uns dann per Fax an 0221 148-21290 oder per E-Mail an Service@axa.de zugesandt werden.

Weitere Informationen zum Rechnungs-Check erhalten Sie auf unserem Online-Portal [gesundheitservice360°](http://gesundheitservice360.de). Im Online-Portal, der BT und auch unter My AXA finden Sie das Formular für den Rechnungs-Check.

Regelmäßiger Verdienst

Zum Jahresarbeitsentgelt zählen soweit die Leistungen **nicht** steuerfrei gewährt werden oder nicht mit einem Pauschalsteuersatz versteuert werden:

alle **regelmäßig** wiederkehrenden Leistungen

- monatliches Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- Sonderzuwendungen, die wenigstens einmal jährlich gewährt werden:
 - Weihnachtsgeld
 - Urlaubsgeld
 - 13. oder weiteres Gehalt
- Pauschalen:
 - Spesenpauschale
 - Fahrtkostenpauschale
 - Überstundenpauschale

- Zulagen:
 - Verantwortungszulagen
 - Schichtzulagen
 - Zulagen für Schmutzarbeit
 - Erschwerniszuschläge
- Sachbezüge
- vermögenswirksame Leistungen ohne Arbeitnehmer-Sparzulage.

Rehabilitation

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen werden von den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern (Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA und LVA)) für bestehende und frühere Mitgliedschaften, den Berufsgenossenschaften, der zuständigen Ärzteversorgung und gegebenenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Träger übernehmen die Kosten für die Gesamtaufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Kosten für zusätzliche Leistungen entstehen in der Regel nicht: Die Ausstattung der Kliniken mit Ein- oder Zweibettzimmern ist Standard, der medizinische Behandlungsumfang erfordert keine privatärztliche Behandlung. Die Kliniken dürfen aus diesem Grund auch keine Zuschläge für die Unterbringung etwa im Zweibettzimmer oder für privatärztliche Behandlung erheben. Während der Rehabilitationsmaßnahme zahlen diese Träger auf Antrag des Kunden darüber hinaus ein Übergangsgeld.

Da die Kosten also anderweitig gedeckt sind, werden von der AXA Krankenversicherung für Reha-Maßnahmen nur unter bestimmten Umständen Leistungen erbracht.

Siehe auch Stichwort [Anschlussheilbehandlung](#).

Rentner

Wer mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war (freiwillig oder als Pflichtmitglied), wird in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versicherungspflichtig. Auch die Mitgliedschaft in der Familienversicherung wird auf die 90%-Regel angerechnet. Der Beitrag wird bei in der KVdR versicherungspflichtigen Rentnern aus der Summe der Einkünfte errechnet.

Altersrente
+ Hinterbliebenenrente
+ Versorgungsbezüge
+ Arbeitseinkommen aus Selbstständigkeit oder Arbeitnehmertätigkeit
= Gesamtsumme zur Ermittlung des Beitrages

Bei freiwillig versicherten Rentnern müssen daneben bei der Berechnung auch noch Einkünfte aus Vermietung
+ Verpachtung
+ Kapitalerträge
berücksichtigt werden.

Wer durch Rentenantrag versicherungspflichtig wird, kann sich innerhalb von 3 Monaten von der Versicherungspflicht befreien lassen (bei privat Krankenversicherten betrifft es also nur diejenigen, die am Ende ihres Erwerbslebens in die PKV gewechselt sind). In solchen Fällen ist eine Abstimmung mit uns dringend angeraten. Bei uns ist der Beitrag weiterhin zu zahlen – unter Wegfall der Krankentagegeldversicherung und abzüglich des gesetzlichen Zuschlages. Ist im Krankenversicherungsvertrag der Tarif „Beitragsentlastung im Alter“ (BEA-U) enthalten, vermindert sich der Beitrag weiter um die vereinbarte BEA-U-Leistung. Wie der gesetzlich Versicherte erhält auch der privat versicherte Rentner einen Zuschuss durch seinen Rentenversicherungsträger. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragsatzes sowie des kassenindividuellen Zusatzbeitrages – bezogen auf die gesetzliche Rente, max. jedoch 50 % des tatsächlichen Krankenversicherungsbeitrages. Die Pflegeversicherung wird nicht bezuschusst. Siehe auch Stichwort [Alterungsrückstellung](#).

Rück-/Vordatierung des Versicherungsbeginns

Allgemeines

- Beginn der Versicherung ist grundsätzlich der erste Tag eines Monats
- Bei Verbeamtung kann als Versicherungsbeginn der Tag der Verbeamtung vereinbart werden

- Bei Ende der GKV-Mitgliedschaft und Beginn der Selbstständigkeit kann untermonatlich versichert werden, sofern es sich um einen unmittelbaren Anschluss handelt.

Rückdatierung

Vollversicherung

- Ein rückwirkender Versicherungsbeginn ist bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich, sofern die Antragstellung innerhalb von 3 Monaten nach GKV-Ende erfolgt. Damit ist ein nahtloser Versicherungsschutz gewährleistet. Gleichzusetzen mit der GKV ist der Anspruch auf truppenärztliche Versorgung bzw. Heilfürsorge.
- Bei **Übertritt aus der PKV** ist eine Rückdatierung maximal auf den ersten des Monats, in dem der Antrag bei der AXA eingegangen ist, möglich.

Zusatzversicherung

- Bei Anträgen auf Zusatzversicherung, die bis zum 15. eines Monats bei der AXA Krankenversicherung eingehen, ist als Versicherungsbeginn der 1. des laufenden Monats möglich; ansonsten der 1. des Folgemonats

Vordatierung

Bestätigt der Vermittler/Makler, dass derzeit noch eine andere **ähnliche** Zusatzversicherung bei einem Mitbewerber besteht, die zu einem Zeitpunkt **innerhalb der nächsten 6 Monate gekündigt wird**, so kann die beantragte Zusatzversicherung auf den Kündigungstermin (**maximal 6 Monate**) vordatiert werden. Die Bestätigung des Vermittlers/Maklers ist in diesen Fällen nicht erforderlich, wenn die Angabe im Antrag plausibel ist.

Vollversicherung und Pflegevorsorgetarife

Der Versicherungsbeginn darf nicht mehr als 6 Monate in der Zukunft liegen; gerechnet ab Antragsdatum

Zahnvorsorgetarife Dent Premium und Dent Komfort

- Für die Zahnvorsorgetarife Dent Premium und Dent Komfort gilt dasselbe wie für die Vollversicherung und Pflegevorsorgetarife.
- Aber: Wenn wir bei Vorlage eines **zahnärztlichen Zeugnisses** (AXA Formular) mit gutem Zahnstatus auf die Wartezeiten verzichten, ist eine Vordatierung des **Versicherungsbeginns** – analog der Regelung für andere Zusatzversicherungen – maximal auf den übernächsten Monatsersten nach Antragstellung möglich

Zusatzversicherung (außer Pflegevorsorgetarife, Zahnvorsorgetarife DENT Premium und DENT Komfort)

Für Zusatzversicherungen ist eine Vordatierung **bis zu 6 Monaten** möglich; gerechnet ab **Antragsstellung**.

Für **Optionstarife** ohne Vollkostenversicherung ist eine Vordatierung generell nicht möglich.

Rücktritt

Wenn der Versicherungsnehmer die vorvertragliche Anzeigepflicht schuldhaft verletzt hat (d. h. vorsätzlich oder grob fahrlässig), kann die AXA Krankenversicherung unter den weiteren Voraussetzungen der §§ 19 ff. VVG vom Vertrag zurücktreten.

Eine Anzeigepflichtverletzung liegt z. B. dann vor, wenn der Kunde im Antrag falsche Angaben über seinen Gesundheits- und Gebisszustand macht oder ihn bagatellisiert.

Der genauen und vollständigen Beantwortung aller Antragsfragen kommt somit eine sehr hohe Bedeutung zu. In besonders schwerwiegenden Fällen ist eine Anfechtung des Vertrages möglich.

Ruhevereinbarung

Ein Krankenversicherungsvertrag kann in folgenden Situationen ruhend gestellt werden:

- Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt. Die Dauer des Ruhens ist zu Beginn fest zu vereinbaren, und es sind Anwartschaftsbeiträge zu zahlen.
- Bei einer wirtschaftlichen Notlage. Auch hier ist die Dauer ab Beginn fest zu vereinbaren, und es sind Anwartschaftsbeiträge zu zahlen.
- Bei vorübergehender Versicherungspflicht kann der Vertrag

ebenfalls in eine Anwartschaftsversicherung gegen Zahlung von Anwartschaftsbeiträgen umgewandelt werden.

- Bei Ableistung von Wehr- oder Ersatzdienst. Zwar sind auch hier Anwartschaftsbeiträge zu zahlen, jedoch wird ein Teil dieser Kosten (bis ca. 25 Euro pro Monat) von der Unterhaltssicherungsbehörde erstattet.
- Während der Laufzeit der Ruhevereinbarung werden keine Leistungen erbracht.
Siehe auch Stichwort **Arbeitslosigkeit**.

Scheidung

Im Falle einer Scheidung kann das Kind/können die Kinder in der Familienversicherung des GKV-versicherten Elternteils aufgenommen werden – unabhängig davon, bei welchem Elternteil die Kinder in der BRD leben und welches Elternteil das Sorgerecht hat – § 10 Abs. 3 SGB V (Familienversicherung) findet im Falle einer Scheidung keine Anwendung, da die Eltern nicht mehr verheiratet sind (s. auch Stichwort **Familienversicherung**).

Selbstständige

Im Gegensatz zu Arbeitnehmern, die nur versicherungsfrei sind, wenn ihr Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sind Selbstständige grundsätzlich nicht versicherungspflichtig. Ausnahmen: Künstler, Publizisten und Landwirte sind trotz Selbstständigkeit versicherungspflichtig, wenn sie sich nicht von der Versicherungspflicht befreien lassen (siehe auch Stichwörter **Künstler/Publizisten** und **Landwirte**).

Der Verdienstausschluss ist individuell versicherbar.

Siehe Stichwort **Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung** und Kapitel **Annahmerichtlinien**.

Selbstbehalt

Als Alternative zu einem 100 %-Versicherungsschutz bieten wir auch Tarife mit Selbstbehalt an (VA6-900-U, Vital 300/900-U, VZ600-U).

Vorteil für den Kunden:

- Da Bagatellrechnungen vom Versicherungsnehmer selbst bezahlt werden, wird der Verwaltungsaufwand gesenkt; so können die Beiträge niedriger kalkuliert werden.

Der Selbstbehalt gilt für jeweils ein Kalenderjahr. Alle anerkannten Kosten, die den jährlichen Selbstbehalt überschreiten, werden tariflich erstattet.

Auch in der Zielgruppe Arbeitnehmer gewinnen Tarife mit Selbstbehalt an Bedeutung. Dies liegt daran, dass

- unter bestimmten Voraussetzungen der Arbeitgeber Selbstbehalte steuerfrei (bis zu 600 Euro) erstatten kann und
- die gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls in vielen Bereichen Selbstbehalte fordert (z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten).

Selbstbeteiligung im Krankenhaus

Mitglieder der GKV haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bei einer stationären Behandlung eine tägliche Selbstbeteiligung von 10 Euro zu übernehmen. Sie ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt (= 280 Euro).

Sozialgesetzbuch V

Wesentliche Rechtsgrundlage für die GKV ist das Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Folgende Paragraphen sind wichtig für die Versicherungsmöglichkeit in der PKV:

- Pflichtmitgliedschaft in der GKV § 5 SGB V
- Versicherungsfreiheit § 6 SGB V
- Befreiung von der Versicherungspflicht § 8 SGB V
- Freiwillige Weiterversicherung in der GKV § 9 SGB V
- Familienversicherung in der GKV § 10 SGB V
- Krankenkassenwechsel § 175 SGB V
- Arbeitgeberzuschuss zur PKV § 257 (2) SGB V

Soziotherapie

Die Soziotherapie erfolgt bei Patienten mit schweren psychischen Störungen, wie z. B. Schizophrenie, wahnhaften Störungen oder schweren depressiven Episoden.

Im Rahmen dieser ambulanten Versorgungsleistung (mit Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen) sollen Krankenhausaufenthalte vermieden und die Patienten in die Lage versetzt werden, überhaupt medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Aufgrund des teilweise schweren Krankheitsbildes sind die Menschen nicht in der Lage, sich um diese Angelegenheiten zu kümmern.

Ein Leistungsanspruch besteht für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall. Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf die Soziotherapie.

Standardtarif für Nichtversicherte (modifizierter Standardtarif)

Siehe Stichwort [Wettbewerbsstärkungsgesetz](#).

Steuern

Durch das Bürgerentlastungsgesetz können ab 01.01.2010 die Beiträge zu Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung steuerfrei geltend gemacht werden. Dabei können jedoch nur die tatsächlich gezahlten Beiträge berücksichtigt werden. Erstattete Beiträge (BRE) und Bonifikationen mindern den abzugsfähigen Betrag entsprechend. Beiträge für Zusatzleistungen (z. B. wahlärztliche Leistungen, Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, Krankentagegeld) können nicht steuerlich abgesetzt werden.

Das Gesetz sieht für den Zeitraum 2010 bis 2019 eine Günstigerprüfung vor. D. h., das Finanzamt prüft, ob die bisherige oder die neue Rechtslage für den Steuerpflichtigen günstiger ist und wendet diese bei der Steuerberechnung an.

Der **Selbstbehalt** kann – sofern er im betreffenden Kalenderjahr zum Tragen gekommen ist – steuerlich als außergewöhnliche Belastung unter Berücksichtigung der zumutbaren Eigenbelastung geltend gemacht werden.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung sind grundsätzlich steuerfrei. Das gilt auch (im Gegensatz zum Krankengeld der GKV) für Krankentagegelder!

Ausnahme: Macht ein beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer seine Krankentagegeld-Versicherung als Betriebsausgabe steuerlich geltend, so sind die Leistungen steuerpflichtige Einnahmen des Betriebs.

Studenten

Sind die Eltern gesetzlich versichert, so haben Studenten im allgemeinen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr Anspruch auf Familienversicherung in der GKV; sie sind also bis zu diesem Alter beitragsfrei mitversichert. Dieser Zeitraum verlängert sich noch um die Dauer des Wehr- oder Ersatzdienstes.

Studenten können sich innerhalb von 3 Monaten nach Studienbeginn von der Versicherungspflicht befreien und privat versichern oder der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK, Ersatzkasse oder geöffnete BKK/IKK) beitreten. In der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen sie dann die verminderten Studentenbeiträge (sogenannte studentische Krankenversicherung). Den Monatsbeitrag für die studentische Kranken-/Pflegeversicherung entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 3.

Die studentische Krankenversicherung endet einen Monat nach dem letzten Studiensemester, spätestens zum Ende des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr erreicht wird.

Danach haben Studenten die Wahl, ob sie sich privat oder freiwillig gesetzlich versichern. Bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV errechnet sich der Studentenbeitrag aus der Mindestbemessungsgrundlage, unabhängig davon, ob die Einkünfte diesen Wert erreichen. Liegt das tatsächliche Einkommen jedoch über diesem Betrag, so errechnet sich der Beitrag nach den tatsächlichen Einkünften, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Für die ersten sechs Monate

der freiwilligen studentischen Krankenversicherung gilt ein reduzierter Beitragssatz – siehe Tabelle auf S. 3.

Teilstationäre Behandlung

Hierunter versteht man eine Behandlung im Krankenhaus, die entweder nur am Tag oder nur nachts durchgeführt wird **oder** die sich nur über wenige Stunden erstreckt.

Aus Krankenhauskosten-Tarifen werden die tariflichen Leistungen erbracht. Zur Zahlung des Krankentagegeldes bzw. ausgleichenden Ersatz-KHT sind die unterschiedlichen Regelungen in den Tarifen zu beachten.

Ambulante Entbindungen und ambulante Operationen gelten – auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden – nicht als teilstationäre Behandlungen.

Tierarzt

Für eine Vollversicherung gelten die Tarife der Arbeitnehmer und Selbstständigen. Zu den Krankentagegeldern einschließlich der versicherbaren Tagegeldhöhen und Krankentagegeldern einschließlich der Tagegeldhöhen siehe Kapitel [Annahmerichtlinien](#).

Transportkosten

Die Kostenerstattung für Fahrten (auch mit dem eigenen PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit) bzw. Krankentransporte zur ambulanten und stationären Behandlung sowie für Rücktransporte und Überführungen aus dem Ausland ist in den **einzelnen Tarifen unterschiedlich** geregelt. Bitte beachten Sie die dortigen Bestimmungen.

Krankentransporte: Krankentransporte im Krankenwagen, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber finden in der Regel auf ärztliche Veranlassung oder im Zusammenhang mit einem Rettungseinsatz statt. Die Notwendigkeit für den Transport ist im Allgemeinen aus dem Zusammenhang mit der Behandlung heraus ersichtlich und muss daher nicht gesondert bescheinigt werden.

Rücktransporte aus dem Ausland: Für einen ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland werden die tariflichen Leistungen erbracht, soweit es sich um zusätzliche Kosten handelt (z. B. Rettungsflugzeug, Stretcher im Linienflugzeug, Umbuchung und Mehrkosten wegen vorzeitigem Rückflug). Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport zum Wohnort dann, wenn eine ausreichende medizinische Behandlung am Ort der Erkrankung oder im Urlaubsland nicht möglich ist; wir übernehmen natürlich auch die Kosten für einen Krankentransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Ausland.

Ein Rücktransport im Ambulanzflugzeug z. B. aus den USA oder der Karibik kann bis zu 60.000 Euro kosten; ein Rückflug mit der Linienmaschine in einer speziellen Vorrichtung (Stretcher) von einer Mittelmeerinsel kostet immerhin 5.000 Euro bis 7.500 Euro. Um eventuelle finanzielle Belastungen zu vermeiden, sollte daher vor der Entscheidung über einen Rücktransport unbedingt eine Abstimmung mit der AXA Krankenversicherung erfolgen.

Unter der Telefonnummer +49 221 148-36505 oder unter Auslandsbetreuung@axa-assistance.de sind wir rund um die Uhr erreichbar.

USA – Auslandsbetreuung

Weitere Informationen zum healthservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 223–231.

Versicherungsjahr

Bei uns entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Ausnahme: Auslandsreisekrankenversicherung (ARE/singleTRAVEL)

Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht in der GKV besteht kraft Gesetzes, wenn die im Gesetz näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt werden. Versicherungspflicht besteht für

- Arbeitnehmer (Angestellte und gewerbliche Arbeitnehmer), die einer nicht geringfügigen Beschäftigung nachgehen, mit einem Bruttojahresarbeitsentgelt bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Arbeitslose mit Bezug von ALG
- Auszubildende
- Bergleute
- Künstler/Publizisten
- Landwirte
- Rentner
- Seeleute
- Studenten

Tritt nach Vollendung des 55. Lebensjahres ein Tatbestand der Versicherungspflicht ein, besteht dennoch Versicherungsfreiheit, wenn die betreffende Person in den unmittelbar vorausgegangenen 5 Jahren nicht in der GKV versichert war und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger nicht versicherungspflichtig war.

Kurzarbeit: Bei Bezug von Kurzarbeitergeld wird das **fiktive Gehalt** zu Grunde gelegt, **welches der Kunde ohne den Umstand der Kurzarbeit erhielt**. Unterschreitet ein privat krankenversicherter Arbeitnehmer nur wegen Kurzarbeit die Jahresarbeitsentgeltgrenze, löst dies keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Der Status eines freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmers bleibt auch während der Kurzarbeit erhalten. Diese Regelungen gelten nicht für das Transferkurzarbeitergeld.

Nähere Informationen zur Kurzarbeit finden sich hier: <http://www.lohn-info.de/kurzarbeitergeld.html>

Siehe auch Stichwörter **Geringfügige Beschäftigung, Jahresarbeitsentgeltgrenze, Künstler/Publizisten, Regelmäßiger Verdienst** und **Rentner**.

Versorgungsbezüge

Als Versorgungsbezüge gelten ausschließlich (§ 229 SGB V)

- Pensionen
- Abgeordnetenversorgung
- Renten von Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufe
- Altershilfe für Landwirte und
- Betriebsrenten

sofern diese Bezüge wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung gezahlt werden. Siehe auch Stichwort **Rentner**.

Werden Versorgungsbezüge als einmalige Leistung gezahlt, so wird zur Ermittlung des GKV-Beitrags für höchstens 10 Jahre der 120. Teil dieser Einmalzahlung als beitragspflichtiges Einkommen angerechnet.

Vertragsgrundlage

Neben den gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Versicherungsvertragsgesetz und Bürgerliches Gesetzbuch) sind Vertragsgrundlage:

- Der Antrag auf Krankenversicherung
- Die allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus:
 - Teil I Musterbedingungen (MB/KK, MB/KT und MB/PPV, MB/EPV)
 - Teil II Tarifbedingungen (TB)
 - Teil III Tarif
 Die ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)
- Besondere Vereinbarungen
- Versicherungsschein

Vorsorgeuntersuchungen

AXA leistet für alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Im Einzelnen werden die Kosten folgender Untersuchungen erstattet:

- Diabetesvorsorge (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)
- Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)

- Kindervorsorge (U1 - U9 bis zum 6. Lebensjahr, U10 im 7. bis 8. Lebensjahr, U11 im 9. bis 10. Lebensjahr)
- Jugendgesundheitsuntersuchung (J1 im 14. Lebensjahr, J2 im 16. bis 17. Lebensjahr)
- Krebsvorsorge (für Frauen ab dem 20. Lebensjahr, für Männer ab dem 45. Lebensjahr)
- Mammographie-Screening (für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren)
- Früherkennung von Nierenkrankheiten (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)
- Darmkrebsfrüherkennung (ab Vollendung des 50. Lebensjahres)
- Chlamydien-Screening (für Frauen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres)

Außer für die oben genannten Vorsorgeuntersuchungen leisten wir auch für

- Schwangerschaftsvorsorge
- Tbc-Vorsorge

Kosten für diese Vorsorgeuntersuchungen werden bei einigen Tarifen (auch in den Gruppen- und Mitarbeiter-Tarifen) ohne Anrechnung auf den vereinbarten Selbstbehalt erstattet.

Die bei den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen genannten Altersgrenzen sind Empfehlungen. Sollte im Einzelfall eine der genannten Vorsorgeuntersuchungen vor den angegebenen Altersgrenzen durchgeführt werden, erstatten wir die Kosten ebenfalls tariflich.

Nicht versichert sind darüber hinausgehende Untersuchungen, z. B. im Rahmen eines großen Check-up, der üblicherweise in Spezialkliniken (z. B. Deutsche Klinik für Diagnostik) durchgeführt wird. Solche Untersuchungen dauern einen oder mehrere Tage und kosten meist 1.000 Euro oder mehr.

Zahnvorsorgeuntersuchungen nach den Ziffern 1000, 1010 und 1020 der Gebührenordnung für Zahnärzte werden aus den Zahntarifen erstattet, sofern der Tarif Leistungen für Zahnbehandlungen/-vorsorge beinhaltet.

Die Kosten für einen AIDS-Test werden 1 x pro Kalenderjahr erstattet, sofern der Selbstbehalt überschritten ist.

Wartezeiten

Wartezeiten sind leistungsfreie Zeiten zu Beginn eines Vertrages.

In der privaten Krankenversicherung unterscheidet man drei Arten (§ 3 MB/KK, MB/KT, MB/PPV):

- Die **allgemeine Wartezeit**
Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie gilt für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankentagegeldversicherung.
- Die **besondere Wartezeit**
Die besondere Wartezeit dauert 8 Monate. Sie gilt in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie. In der Krankentagegeldversicherung gilt sie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Psychotherapie und für den Versicherungsfall während der gesetzlichen Mutterschutzfristen.
- Die **Wartezeit-Regelung für die Pflegepflichtversicherung**
Die Wartezeit-Regelung ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Auf die speziellen Informationen zu dieser Versicherungsart wird verwiesen.

Die Besonderheiten bei AXA

Die AXA Krankenversicherung verzichtet – sofern der Tarif nichts anderes vorsieht – auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten – mit Ausnahme der besonderen Wartezeit für den Versicherungsfall während der gesetzlichen Mutterschutzfristen in der Krankentagegeldversicherung. In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir auf die allgemeinen Wartezeiten, sofern der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung (mit Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung) umfasst.

Folgende Tarife des Neugeschäfts sehen Wartezeiten vor: Med Komfort-U, Med Komfort Start-U (3 Monate allgemeine Wartezeit sowie 8 Monate für Entbindung), Komfort-U, Komfort Start-U, KGH2-UZ,

BW2-UZ(A), BWE-UZ(A), EVK-U (8 Monate für Entbindungen) PVN, PVB, Krankentagegeld als Zusatzversicherung, alle Krankentagegeldtarife (8 Monate für den Versicherungsfall während der gesetzlichen Mutterschutzfristen), DENT Komfort-U und DENT Premium-U (jeweils 6 Monate), GEPU (5 Jahre, außer bei gleichzeitiger Policierung von GEPU und VARIO-U).

Wehrpflichtige

Wehrpflichtige, die Grundwehrdienst leisten, haben Anspruch auf Ersatz der Beiträge für eine Anwartschaftversicherung (§ 7 (2) 2 USG). Für nicht sozialversicherungspflichtige Angehörige, die über kein eigenes Einkommen verfügen, werden die Beiträge für eine private Krankenversicherung ebenfalls von der Unterhaltssicherungsbehörde übernommen (§ 7 (2) 3 USG).

Diese Regelungen gelten nicht für Zeit- oder Berufssoldaten. Zeit- oder Berufssoldaten müssen die Beiträge für eine Anwartschaftversicherung selbst aufbringen.

Siehe auch Stichwörter **Bundeswehr** und **Zeitsoldaten**.

Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Mit der Einführung des WSG ergeben sich einige Veränderungen, die auch Auswirkungen auf die PKV haben.

3-Jahres-Regelung (gültig nur bis 31.12.2010)

Seit dem 02.02.2007 gilt für Arbeitnehmer die 3-Jahres-Regelung. Versicherungsfrei werden Arbeitnehmer erst, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten wird. Mit Ablauf des 3. Kalenderjahres endet dann die Versicherungspflicht.

Siehe auch Stichwort: **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (JAEG).

Versicherungspflicht

- Seit **01.04.2007** gibt es die **Versicherungspflicht** für alle Nichtversicherten, die zuvor in der **GKV** versichert waren oder dieser zuzuordnen sind.
- Seit 01.01.2009 besteht für alle Nichtversicherten, die der PKV zuzuordnen sind, eine Versicherungspflicht in einem Normaltarif oder im Basistarif.

Verträge von Personen, die zwischen dem 01.07.2007 und 31.12.2008 als Nichtversicherte in den Standardtarif aufgenommen wurden, wurden zum 01.01.2009 in den Basistarif überführt. Die Versicherungspflicht in der PKV umfasst die ambulante und stationäre Behandlung. Der maximal wählbare Selbstbehalt beträgt 5.000 EUR pro Jahr. Für Kunden, die am 02.02.2007 bereits privat versichert waren und die zu diesem Zeitpunkt nur einen ambulanten oder stationären Tarif versichert hatten, gelten die Regelungen nicht. Siehe auch Stichwort **Basistarif**.

Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer hat beim Antragsmodell ein 14-tägiges Widerrufsrecht ab Erhalt des Versicherungsscheines.

Beim Invitationsmodell beträgt das Widerrufsrecht ebenfalls 14 Tage ab Posteingang der Angebotsannahme des Kunden bei uns.

Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.

Wohnortklausel

Krankentagegeld kann während einer Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nur dann gezahlt werden, wenn sich die versicherte Person an ihrem Wohnsitz in Deutschland oder zu einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus aufhält.

Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, so wird das Krankentagegeld auch gezahlt, solange eine Rückkehr aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist.

Hält sich die versicherte Person während der Arbeitsunfähigkeit an einem Nebenwohnsitz (Zweitwohnsitz) auf, muss der Leistungsbereich unter Vorlage eines Nachweises über das Bestehen des Nebenwohnsitzes informiert werden. Das muss spätestens dann geschehen, wenn der erste Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit eingereicht wird. Siehe auch Stichwort **Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung**.

Zahnärztliche Leistungen

Als **zahnärztliche Leistungen** gelten alle in der Gebührenordnung (GOZ) für Zahnärzte erfassten Leistungen, und zwar

- allgemeine zahnärztliche Leistungen
- prophylaktische Leistungen
- konservierende Leistungen
- chirurgische Leistungen
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- prothetische Leistungen
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- implantologische Leistungen

Als **Zahnersatz** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten

- prothetische Leistungen, z. B. Kronen und Teilkronen – auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt –, Brücken, Prothesen
- implantologische Leistungen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Als **kieferorthopädische Leistungen** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten

- die Leistungen nach Abschnitt G der GOZ, z. B. Maßnahmen zur Umformung des Kiefers

Als **Zahnbehandlung** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:

- alle nicht unter die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie fallenden Leistungen, wie z. B. Füllungen einschließlich Inlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Zahnprophylaxe.

Ausnahme: In den Tarifen Dent Komfort-U, Dent Premium-U, EG035-U, Kompakt Zahn-U, Komfort Zahn-U und Premium Zahn-U werden Inlays dem Zahnersatz zugeordnet, sofern sie als Leistungselement aufgeführt werden.

Insbesondere höhere Zahnarztrechnungen sollte der VN vor der Bezahlung von uns prüfen lassen.

Bei Zahnersatzmaßnahmen ist es dringend zu empfehlen, dass der VN uns vor Beginn der Behandlung den Heil- und Kostenplan (inkl. einer Aufstellung über die voraussichtlichen Zahnlaborkosten) zur Prüfung einreicht. In einigen Tarifen

(z. B. Komfort Zahn-U, Kompakt Zahn-U und Premium Zahn-U) reduziert sich die Tarifleistung, wenn uns der Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig eingereicht worden ist.

Siehe hierzu auch Stichwort **Heil- und Kostenplan**.

Zahnlaborkosten

Zahn technische Labors rechnen ihre Kosten nach unterschiedlichen Grundlagen ab. Neben der BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) ist das im Wesentlichen das BEL (Bundeseinheitliches Verzeichnis zahntechnischer Leistungen), nach dem die Material- und Laborkosten für gesetzlich versicherte Patienten berechnet werden müssen.

Die jeweils angewandte Berechnungsbasis ist Gegenstand des Angebotes und der Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt – als Auftraggeber – und dem Labor – als Auftragnehmer.

Die Material- und Laborkosten sind Gegenstand des Behandlungsvertrages zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt. Welche Leistungen aus dem Versicherungsvertrag heraus erstattet werden, ist davon unabhängig.

Wir erstatten Material- und Laborkosten grundsätzlich nach den Sätzen der für den jeweiligen Tarif gültigen Sachkostenliste. Kosten, die über die Sätze der Sachkostenliste hinausgehen, werden nicht erstattet; in diesem Umfang hat der Versicherte die Kosten selbst zu tragen. Die entsprechende Liste erhält der Kunde zusammen mit der Police. Zur Klärung des Umfangs der Versicherungsleistungen empfehlen wir dringend, vor Behandlungsbeginn neben einem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes der AXA Krankenversicherung auch einen Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors über die Material- und Laborkosten zu schicken. Wir sagen dem Kunden dann, welche Leistungen er erwarten kann und wie hoch ggf. sein Eigenanteil ist. Die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen/Kostenvoran-

schlagen werden im Rahmen des Tarifs übernommen.

Zahnstaffel

Die Zahnstaffel bedeutet, dass die Leistungen für Zahnbehandlung (je nach Tarif), Zahnersatz und Kieferorthopädie während der ersten vier bzw. fünf Versicherungsjahre begrenzt sind. Das Versicherungsjahr ist grundsätzlich mit dem Kalenderjahr gleichzusetzen und endet mit dem 31.12., auch dann, wenn ein Vertrag unterjährig begonnen hat. Auch für dieses verkürzte erste Versicherungsjahr gilt die Zahnstaffel. Rechnungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie im Zusammenhang mit einem Unfall sind von der Zahnstaffel ausgenommen. Trotz Zahnstaffel wird auch im Zahnbereich eine Risikoprüfung vorgenommen, so dass (bei sehr schlechtem Gebisszustand) individuell strengere Leistungseinschränkungen möglich sind.

Zeitsoldaten

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sind während ihrer Dienstzeit bei der Bundeswehr nicht krankenversicherungspflichtig. Sie erhalten durch den Dienstherrn unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Diese schließt grundsätzlich alle Leistungen ein, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit erforderlich sind. Mit dem Ausscheiden aus der Bundeswehr endet die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung.

Ab 01.01.2019 haben Soldaten auf Zeit, die ihren aktiven Dienst nach dem 31.12.2018 beenden und Übergangsgebühren erhalten, **keinen Anspruch auf Beihilfe**.

Dadurch endet mit Beginn des Anspruchs auf Übergangsgebühren auch der Beihilfeanspruch für die ggf. vorhandenen Familienangehörigen. An Stelle der Beihilfe haben Übergangsgebührenempfänger ab 01.01.2019 einen Anspruch auf Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in der PKV oder in der GKV.

Der Zuschuss wird max. für die Dauer des Bezugs von Übergangsgebühren gezahlt und ist in der PKV/PPV begrenzt auf die Höhe des Beitragszuschusses, der bei Mitgliedschaft in der GKV/SPV auf Basis der Höhe der Übergangsgebühren zu zahlen wäre.

Zusatzbeitrag der GKV

Siehe Stichwort [Beitragsberechnung der GKV](#).