

# Vertragsgrundlage 012

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsabsicherung (AVB/KGAS)

Seite 1 von 17

Inhalt	Seite
<b>§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht</b>	<b>3</b>
(1) Gegenstand der Versicherung	3
(2) Versicherungsfall	3
(3) Umfang des Versicherungsschutzes	3
(4) Anwendbares Recht	3
<b>§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes</b>	<b>3</b>
(1) Beginn des Versicherungsschutzes	3
(2) Wartezeiten	3
(3) Kindernachversicherung	3
(4) Ende des Versicherungsschutzes	3
<b>§ 3 Geltungsbereich</b>	<b>4</b>
(1) Geltungsbereich	4
(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	4
<b>§ 4 Voraussetzung für Erstattungsfähigkeit</b>	<b>5</b>
(1) Anerkannte Leistungserbringer im Gesundheitswesen	5
(2) Anerkannte Krankenhäuser	5
(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien	5
<b>§ 5 Umfang der Leistungspflicht</b>	<b>5</b>
(1) Umfang der Leistung	5
(2) Gebührenordnung	5
(3) Arzneimittel und Verbandmittel	5
(4) Heilmittel	6
(5) Hilfsmittel	6
(6) Präventionskurse	6
(7) Schutzimpfungen	6
(8) Kinderwunschbehandlung	6
(9) Kryokonservierung	7
(10) Gemischte Anstalten	7
(11) Rehabilitationsmaßnahmen	7
(12) Anschlussheilbehandlung	7
(13) Entziehungsmaßnahmen	7
(14) Häusliche Krankenpflege	8
(15) Übergangspflege im Krankenhaus	8
(16) Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	8
(17) Außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen	8
(18) Haushaltshilfe	8
(19) Soziotherapie	9
(20) Sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderung	9
(21) Palliativversorgung	9
(22) Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung	9
(23) Erst- und Folgeschulungen	10
(24) Organtransplantationen/Knochenmarkspenden	10
(25) Digitale Gesundheitsanwendungen	10
(26) Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)	10
<b>§ 6 Einschränkungen der Versicherungsleistungen</b>	<b>10</b>
(1) Wehrdienstbeschädigung	10
(2) Kriegseignisse	10
(3) Straftaten	10
(4) Vorsatz	10
(5) Ausgeschlossene Behandelnde	11
(6) Ausgeschlossene sonstige Behandelnde	11
(7) Kur- und Sanatoriumsbehandlung	11
(8) Pflegebedürftigkeit und Verwahrung	11
(9) Übermaß und Missverhältnis	11
(10) Subsidiarität	11
(11) Bereicherungsverbot	11



<b>§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen</b> .....	<b>11</b>
(1) Nachweise.....	11
(2) Fälligkeit.....	11
(3) Empfangsberechtigte Person.....	11
(4) Krankheitskosten in ausländischer Währung.....	11
(5) Kosten für die Überweisung.....	11
(6) Abtretung.....	11
<b>§ 8 Beitragszahlung und -berechnung</b> .....	<b>11</b>
(1) Beitragszahlung.....	11
(2) Beitragsberechnung.....	12
(3) Beitragsanpassung.....	13
<b>§ 9 Obliegenheiten</b> .....	<b>13</b>
(1) Obliegenheiten.....	13
(2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	13
(3) Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	13
<b>§ 10 Ende des Versicherungsverhältnisses</b> .....	<b>14</b>
(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	14
(2) Kündigung durch den Versicherer.....	14
(3) Sonstige Beendigungsgründe.....	15
<b>§ 11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen</b> .....	<b>15</b>
(1) Änderung im Gesundheitswesen.....	15
(2) Höchststrichterliche Entscheidung.....	15
<b>§ 12 Tarifwechsel</b> .....	<b>15</b>
(1) Wechsel in andere Tarife.....	15
(2) Wechsel in den Standardtarif.....	15
(3) Wechsel in den Basistarif.....	15
<b>§ 13 Sonstige Bestimmungen</b> .....	<b>16</b>
(1) Willenserklärungen und Anzeigen.....	16
(2) Auskunftspflicht des Versicherers.....	16
(3) Gerichtsstand.....	16
(4) Trennung/Scheidung.....	16
(5) Aufrechnung.....	16



## Vertragsgrundlage 012

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsabsicherung (AVB/KGAS)

VG012 Seite 3 von 17

## § 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht

### (1) Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

### (2) Versicherungsfall

1 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2 Als Versicherungsfall gelten auch

- a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme geltenden gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- c) die Behandlung wegen eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination),
- d) Sterilisation,
- e) der nicht-rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch und
- f) der Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

### (3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren in Textform getroffenen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **Krankheitskosten- und Gesundheitsabsicherung (AVB/KGAS)**, den Tarifbedingungen des versicherten Tarifs sowie den gesetzlichen Vorschriften.

### (4) Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

## § 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

### (1) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### (2) Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

### (3) Kindernachversicherung

1 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn

- der vor Vollendung der 20. Schwangerschaftswoche gestellte Versicherungsantrag des Elternteils vom Versicherer angenommen wurde oder
- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist

und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

2 Der Versicherungsschutz darf nicht höher und umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein, wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

4 Sind die Voraussetzungen für die Kindernachversicherung erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

### (4) Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



## § 3 Geltungsbereich

### (1) Geltungsbereich

1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland, in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und in den Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR).

2 Bei Auslandsaufenthalten bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb der EU und des EWR. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

3 Bei Heilbehandlungen im Ausland sind die hierfür entstehenden Aufwendungen im tariflichen Umfang erstattungsfähig, sofern die Berechnung der Aufwendungen nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt. Dies gilt nicht, wenn

- der Auslandsaufenthalt zum Zwecke der Heilbehandlung oder zum Zwecke einer der in § 1 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGAS als Versicherungsfälle geltenden Sachverhalte erfolgt, oder
- eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland vorliegt.

4 Bei einem Auslandsaufenthalt, der auch zum Zwecke der Heilbehandlung, oder zum Zwecke einer der in § 1 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGAS als Versicherungsfälle geltenden Sachverhalte erfolgt, bleibt der Versicherer im Hinblick auf die geplante Behandlung höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Dies gilt nicht

- für Entbindungen, sofern ein Elternteil zum Zeitpunkt der Entbindung die Staatsangehörigkeit des Staates besitzt, der zum Zwecke der Entbindung aufgesucht wird.
- bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre und für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt in Textform zugesagt hat.
- wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

In diesen Fällen sind die entstandenen Aufwendungen auf Grundlage der im Ausland geltenden Abrechnungsbestimmungen erstattungsfähig.

### (2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

1 Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts liegt stets und von Beginn an vor, wenn ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate dauert; kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt.

2 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat der EU und des EWR sind die entstandenen Aufwendungen in den ersten 6 Monaten auf Grundlage der dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erstattungsfähig. Ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass Behandlungskosten auch ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts bis zur in § 3 Abs. 1 Nr. 3 S.1 AVB/KGAS festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder für die Zeit des Auslandsaufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet.

Der Versicherer verpflichtet sich darüber hinaus mit dem Versicherungsnehmer eine Verlängerung der Vereinbarung abzuschließen, sofern der entsprechende Antrag jeweils spätestens bis zum Ablauf der Vereinbarung beim Versicherer eingeht. Er ist berechtigt, auch diese Vereinbarung erneut zu befristen und/oder für die Zeit des Auslandsaufenthalts einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR endet der Versicherungsschutz zum Ende des 6. Monats nach dem Zeitpunkt, zu dem der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass das Versicherungsverhältnis über den 6. Monat des Auslandsaufenthalts hinaus fortgeführt wird, und dass Behandlungskosten ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts in der in § 3 Abs. 1 Nr. 3 AVB/KGAS festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern

- die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes dies zulassen und der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses keiner besonderen Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf und
- der Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht und
- der Versicherungsnehmer weiterhin über eine Postanschrift in Deutschland verfügt und eine deutsche Kontoverbindung zum Einzug der Beiträge bzw. Auszahlung der Leistung unterhält.

Die Vereinbarung wird einmalig für die Dauer von max. 36 Monate geschlossen. Der Versicherer ist berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag für die Zeit des Auslandsaufenthalts zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet. Das Versicherungsverhältnis endet nach Ablauf von 36 Monaten oder zu dem Zeitpunkt, zu dem die zuständige Aufsichtsbehörde des Aufenthaltslandes die Beendigung des Versicherungsverhältnisses vom Versicherer verlangt.

4 Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 und 3 AVB/KGAS im Rahmen einer Vereinbarung verlangen kann, sind angemessen, wenn in dem Aufenthaltsland die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher sind als die durchschnittlichen Kosten in Deutschland.



5 Ist es dem Versicherungsnehmer, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß **§ 3 Abs. 2 Nr. 2 und 3 AVB/KGAS** fristgerecht beim Versicherer zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, zu dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

6 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus Deutschland kann der Versicherungsnehmer stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthalts in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

## § 4 Voraussetzung für Erstattungsfähigkeit

### (1) Anerkannte Leistungserbringer im Gesundheitswesen

1 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei- auch im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch Ärzte in Notfallambulanzen der Krankenhäuser oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Sinne des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), unabhängig davon, ob diese an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder nicht, in Anspruch nehmen. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

2 Erstattungsfähig sind auch Leistungen von freiberuflichen Hebammen, Entbindungspflegern, Apothekern, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten und Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil-, Heilhilfe- und medizinischer Assistenzberufe.

3 Erstattungsfähig sind neben den Leistungen von ärztlichen Psychotherapeuten auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

4 Bei häuslicher Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen haben.

### (2) Anerkannte Krankenhäuser

Der versicherten Person steht die Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, frei. Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

### (3) Anerkannte Behandlungen und Therapien

1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitationssport und Funktionstraining in Gruppen müssen von den in **§ 4 Abs. 1 Nr. 1 AVB/KGAS** genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

2 Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## § 5 Umfang der Leistungspflicht

### (1) Umfang der Leistung

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen des versicherten Tarifs in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### (2) Gebührenordnung

Abrechnungsgrundlage sind die jeweils einschlägigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen sowie das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Diese werden bis zu den jeweilig festgelegten Höchstsätzen der genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnisse erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

### (3) Arzneimittel und Verbandmittel

1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Arzneimittel inklusive Vitaminpräparate, die als Arzneimittel zugelassen sind, sowie Harntest- und Bluttest-Streifen (ohne Schwangerschafts-Tests). Aufwendungen für enterale und parenterale Ernährung (z. B. mittels Sonde oder Pumpe) sind erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z. B. bei Enzymmangelkrankheiten oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nährstoffpräparate (wie Vitamine, Mineralstoffe) erstattungsfähig.

2 Folgende Arzneimittel werden nicht erstattet:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, deren Einnahme ist aufgrund einer Grunderkrankung medizinisch notwendig
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses
- Präparate zur Raucherentwöhnung
- Präparate zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts

3 Im Rahmen der alternativen Medizin sind nur orale Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin ohne Nosoden und Organbestandteile erstattungsfähig.



**(4) Heilmittel**

1 Als Heilmittel gelten die in Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten auch solche Heilmittel, die im Vorgriff auf eine beabsichtigte Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (Vorgriffregelung der Beihilfeträger) von der Bundesbeihilfe im Rahmen einer Vorgriffregelung erstattet werden.

2 Außerdem sind die Aufwendungen der Schwangeren für ein Schwangerschaftsgymnastik-, ein Rückbildungsgymnastikkurs sowie die Kosten des Geburtsvorbereitungskurses erstattungsfähig.

3 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne des § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von der Deutschen Rentenversicherung Bund verlangen könnte.

**(5) Hilfsmittel**

1 Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen und Geräte, die am Patienten für therapeutische Zwecke angewendet werden (Therapiegeräte).

2 Erstattungsfähig sind insbesondere folgende Hilfsmittel:

- a) Sehhilfen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), elektronische Lesegeräte (bis max. 3.000,- Euro), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 2.000,- Euro pro Hörgerät; diese Höchstgrenze gilt nicht für teilimplantierte knochenverankerte Hörhilfen), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
- b) Orthopädische Hilfsmittel - z. B. orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen (wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist), Orthesen, Bandagen;
- c) Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Herzschrittmacher, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 2.000,- Euro;
- d) Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör;
- e) Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte;
- f) Überwachungsmonitore (z. B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettnässertherapiegeräte (bis max. 120,- Euro);
- g) Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200,- Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes;
- h) Bewegungsschienen
- i) Tens-/ EMS-Geräte (bis max. 150,- Euro pro Gerät);
- j) Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile) der Hilfsmittel nach **§ 5 Abs. 5 Nr. 1 und 2 AVB/KGAS** sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch.

3 Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die sonstigen sanitären oder medizinisch-technischen Bedarfsartikeln (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) oder allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens (z. B. Matratzen, Autositze) zuzuordnen sind, sowie die Unterhalts- bzw. Betriebskosten für Hilfsmittel (wie z. B. für Strom oder Batterien).

4 Leistungen anderer Kostenträger werden auf unsere Leistungen angerechnet.

**(6) Präventionskurse**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Präventionskurse. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80% der Kurseinheiten) vorgelegt wird. Dies ist vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

**(7) Schutzimpfungen**

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.

**(8) Kinderwunschbehandlung**

1 Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination) sind unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.

Ein Leistungsanspruch besteht für:

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

2 Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht ein erneuter Anspruch auf Leistungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, solange sämtliche in **§ 5 Abs. 8 Nr. 1 AVB/KGAS** genannten Voraussetzungen erfüllt sind.



3 Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung, einem sonstigen Leistungsträger einschließlich der Beihilfe oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

4 Nach einer medizinisch nicht notwendigen Sterilisation besteht kein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern.

#### **(9) Kryokonservierung**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellengewebe sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.

2 Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, solange die versicherte Person Leistungen für Kinderwunsch-Behandlung nach **§ 5 Abs. 8 AVB/KGAS** beanspruchen könnte. Dasselbe gilt für die Aufwendungen für die Lagerung.

#### **(10) Gemischte Anstalten**

Für stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalten), im Übrigen aber die Voraussetzungen von **§ 4 Abs. 2 AVB/KGAS** erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelte, oder
- eine Operation durchgeführt wird, die so auch in einem anderen Krankenhaus hätte durchgeführt werden können, oder
- die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist, oder
- es sich um eine stationäre Anschlussheilbehandlung handelt und die Voraussetzungen nach **§ 5 Abs. 12 AVB/KGAS** erfüllt sind, oder
- es sich um die Behandlung einer Tuberkulose-Erkrankung in einer Tuberkulose-Heilstätte und -Sanatorium handelt, oder
- es sich um die medizinisch notwendige stationäre Behandlung einer Erkrankung handelt, die während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt akut aufgetreten ist. Der Versicherer leistet dabei nur für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung, oder
- der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

#### **11 Rehabilitationsmaßnahmen**

Erstattungsfähig sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass

- eine ärztliche Verordnung vorliegt, aus der die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Prognose (auf der Grundlage realistischer, für die versicherte Person alltagsrelevanter Rehabilitationsziele) hervorgeht und
- kein anderweitiger Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Das Fehlen eines anderweitigen Anspruchs darf nicht dadurch begründet sein, dass die versicherte Person Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist oder dass die Übernahme der Kosten aus formalen Gründen abgelehnt wurde und
- die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die über einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verfügt.

#### **(12) Anschlussheilbehandlung**

1 Erstattungsfähig bis 21 Tage sind die Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen, die innerhalb von 4 Wochen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung angetreten werden (Anschlussheilbehandlung). Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden. Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag jeweils einer Zusage durch den Versicherer.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass

- kein anderer Leistungsträger die Kosten für die Anschlussheilbehandlung trägt bzw. die Übernahme der Kosten nicht aus formalen Gründen abgelehnt wurde. Die Kosten für die Inanspruchnahme von stationären Wahlleistungen, insofern diese tariflich versichert sind, sind auch dann erstattungsfähig, wenn ein anderer Leistungsträger die Kosten für die Anschlussheilbehandlung trägt. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als anderer Leistungsträger.
- bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen die ambulante Rehabilitationseinrichtung unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes steht.

2 Erbringt ein Arzt die Leistungen im Rahmen einer ambulanten Anschlussheilbehandlung, richtet sich die Erstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu 150% der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

#### **(13) Entziehungsmaßnahmen**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen wegen Suchterkrankung (Entziehungsmaßnahmen), sofern diese vom Versicherer zugesagt wurden. Voraussetzung für eine Zusage ist insbesondere, dass

- kein anderweitiger Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht; das Fehlen eines anderweitigen Anspruchs darf nicht dadurch begründet sein, dass die versicherte Person Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist, oder dass die Übernahme der Kosten nicht aus formalen Gründen abgelehnt wurde und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und
- es sich nicht um eine Entziehungsmaßnahme wegen Nikotinsucht handelt und
- die Maßnahme in einer Einrichtung (auch Tagesklinik) durchgeführt wird, die über einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verfügt.

2 Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verlangen könnte oder, sofern zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer eine Vergütungsvereinbarung besteht, bis zu der dort genannten Höhe. Gesonderte Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig.



**(14) Häusliche Krankenpflege**

1 Die häusliche Krankenpflege umfasst die Behandlungspflege, die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

**2 Behandlungspflege**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege, sofern sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege) und diese Maßnahme nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann. Werden im Rahmen einer Behandlungspflege Leistungen der Beatmungspflege erbracht, wird der festgestellte Pflegeaufwand aus der Pflegepflichtversicherung in Minuten zu 100% bei der Erstattung der Kosten in Abzug gebracht.

**3 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bei

- a) Krankenhausvermeidungspflege: Diese liegt vor, wenn eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wäre, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Behandlungsfall). Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.
- b) Unterstützungspflege: Diese liegt vor, wenn sich die versicherte Person
  - wegen schwerer Krankheit oder
  - akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder
  - einer ambulanten Operation oder
  - einer ambulanten Krankenhausbehandlung
 vorübergehend nicht mehr selbständig in den Bereichen Grundpflege und/oder Hauswirtschaft versorgen kann. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne SGB XI vorliegt.
- c) Der Anspruch nach a) und b) besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen oder versorgen kann.

4 Die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

5. Wird im Rahmen der Unterstützungspflege für die Hauswirtschaftliche Versorgung kein Pflegedienst in Anspruch genommen, können die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe anerkannt werden. Die Kosten für eine Haushaltshilfe sind nicht erstattungsfähig, wenn

- a) eine Person die Haushaltshilfe übernimmt, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist, oder
- b) die Leistung bereits nach **§ 5 Abs. 18 AVB/KGAS** erbracht wurde.

**(15) Übergangspflege im Krankenhaus**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine Übergangspflege. Die Übergangspflege umfasst:

- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die Aktivierung des Patienten,
- die Grund- und Behandlungspflege,
- ein Entlass-Management,
- die Unterkunft und Verpflegung,
- ärztliche Leistungen.

2 Voraussetzung für die Erstattung ist:

- a. Die versicherte Person benötigt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine häusliche Kranken-, Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, die nicht oder nur mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden können.
- b. Die Übergangspflege muss zudem in dem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem die versicherte Person vorher behandelt wurde.

**(16) Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, wenn die Leistung der Unterstützungspflege nach **§ 5 Abs. 14 Nr. 3 b) und c) AVB/KGAS** wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreicht.

2 Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass

- a) für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne SGB XI vorliegt und
- b) die stationäre Kurzzeitpflege in einer nach § 132 h SGB V zugelassenen Einrichtung oder in einer anderen von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Einrichtung erbracht wird.

3 Erstattungsfähig sind die Kosten der stationären Kurzzeitpflege bis zu den in § 39c Satz 2 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI genannten Leistungsdauern und Leistungshöhen.

**(17) Außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Zusage die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 37c Absatz 3 SGB V nach Abzug von Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist (z. B. bei künstlicher Beatmung).

**(18) Haushaltshilfe**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann:

- a) Krankenhausbehandlung
- b) Anschlussheilbehandlung



- c) häuslicher Krankenpflege
- d) Rehabilitation
- e) Schwangerschaft und Entbindung

2 Der Anspruch nach a) bis d) setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3 Die Kosten für eine Haushaltshilfe sind nicht erstattungsfähig

- a) wenn für die versicherte Person ein Anspruch auf hauswirtschaftliche Versorgung nach § 5 Abs. 14 Nr. 3 AVB/KGAS besteht, oder
- b) eine Person die Haushaltshilfe übernimmt, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist.

#### **(19) Soziotherapie**

1 Die Soziotherapie umfasst die Anleitung und Motivation sowie die erforderliche Koordination, um die versicherte Person in die Lage zu versetzen, ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.

2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Soziotherapie, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und
- dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist und
- diese durch einen Arzt für Psychotherapie, einen Facharzt für Neurologie, einen Facharzt für Nervenheilkunde oder einen Psychologischen Psychotherapeuten verordnet und von diesem ein Behandlungsplan erstellt wurde.

3 Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder in vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf Soziotherapie.

4 Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wird die Leistung durch eine Fachkraft für Soziotherapie erbracht und für diese eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. getroffen wurde, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann.

#### **(20) Sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderung**

1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres bis zu den Beträgen, die der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Leistungserbringern vereinbart hat oder - sofern eine solche Vereinbarung nicht geschlossen wurde - bis zu den Beträgen, die die deutsche gesetzliche Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat. Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als Kostenträger.

2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für heilpädagogische Maßnahmen.

#### **(21) Palliativversorgung**

1 Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

2 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

3 Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Verordnung auch Angaben zu der voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Erfolgt die Verordnung durch Krankenhausärzte, darf sie 7 Tage nicht überschreiten.

4 Sofern die Leistungen nicht von einem Arzt erbracht werden, werden die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

5 Leistungen einer Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

#### **(22) Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung**

1 Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

2 Erstattungsfähig sind, sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. abgeschlossen hat, die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

3 Leistungen der Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.



**(23) Erst- und Folgeschulungen**

Für Erst- und Folgeschulungen für Erkrankungen erstattet der Versicherer bei einer ärztlich bestätigten Erkrankung, wie zum Beispiel Diabetes und Asthma, die Aufwendungen, die gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür abrechnungsfähig sind.

**(24) Organtransplantationen/Knochenmarkspenden**

Für Organtransplantationen/Knochenmarkspenden leistet der Versicherer im Rahmen der geltenden Selbstverpflichtungserklärung des Verband der Privaten Krankenversicherung e. V..

**(25) Digitale Gesundheitsanwendungen**

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, sofern diese tariflich vereinbart sind und

- a) es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und
- b) die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und diese entweder
  - im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind oder
  - durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder
  - durch den Versicherer selbst, durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen, den Versicherten zur Verfügung gestellt werden
- c) und diese von Ärzten, Zahnärzten, ärztlichen Psychotherapeuten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktikern verordnet werden.

2 Vereinbarungen über Vergütungsbeträge

- a) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. abgeschlossen, so sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Sind höhere Aufwendungen erforderlich, weil die Anwendungen über Dritte bezogen werden, so sind die für diese zusätzlichen Aufwendungen zu zahlenden Erstattungen auf max. 30% der Vergütung nach Satz 1 begrenzt.
- b) Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann. Im Übrigen gilt Abs. 2 a) Satz 2 entsprechend.
- c) In allen anderen Fällen ist der tatsächliche Vergütungsbetrag erstattungsfähig.
- d) Unbeschadet der Regelungen in Abs. 2 a) bis c) ist der Versicherer berechtigt, die digitale Gesundheitsanwendung selbst zur Verfügung zu stellen. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.

3 Keine Erstattungspflicht besteht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen entstehen (z. B. Anschaffungskosten für Smartphone oder PC sowie Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien).

**(26) Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)**

1 Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

2 Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

3 Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

**§ 6 Einschränkungen der Versicherungsleistungen****(1) Wehrdienstbeschädigung**

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfälle, einschließlich ihrer Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind und welche vor Versicherungsbeginn eingetreten sind.

**(2) Kriegereignisse**

1 Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegereignisse in Deutschland verursacht werden.

2 Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht werden, sofern

- vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine (Teil)Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für den Aufenthaltsort der versicherten Person bestand oder
- nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine (Teil)Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für den Aufenthaltsort der versicherten Person ausgesprochen wird und die versicherte Person den Aufenthaltsort nicht unverzüglich verlässt, obwohl für sie die Möglichkeit hierzu besteht.

3 Der Leistungsausschluss gilt nicht für Terrorereignisse.

**(3) Straftaten**

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.

**(4) Vorsatz**

Keine Leistungspflicht besteht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.



**(5) Ausgeschlossene Behandelnde**

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch die in § 4 Abs. 1 und 2 AVB/KGAS genannten Leistungserbringer bzw. Krankenhäuser, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

**(6) Ausgeschlossene sonstige Behandelnde**

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

**(7) Kur- und Sanatoriumsbehandlung**

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

**(8) Pflegebedürftigkeit und Verwahrung**

Keine Leistungspflicht besteht für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

**(9) Übermaß und Missverhältnis**

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

**(10) Subsidiarität**

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

**(11) Bereicherungsverbot**

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

**§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen****(1) Nachweise**

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch in Textform oder im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

**(2) Fälligkeit**

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

**(3) Empfangsberechtigte Person**

Der Versicherer ist verpflichtet, an ausschließlich die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

**(4) Krankheitskosten in ausländischer Währung**

Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

**(5) Kosten für die Überweisung**

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können mit den Leistungen verrechnet werden.

**(6) Abtretung**

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

**§ 8 Beitragszahlung und -berechnung****(1) Beitragszahlung**

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.



2 Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3 Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen. Der Zinssatz beträgt für das Jahr 5% Punkte über den Basiszinssatz.

4 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

5 Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Bei anderen als den in Nr. 6 genannten Versicherungen kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen des § 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zu Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

6 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in angemessener Höhe zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

7 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.



## (2) Beitragsberechnung

1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifstufe und dem Geburtsjahr. Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

3 Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß **§ 8 Abs. 2 Nr. 2 S. 2 AVB/KGAS** erreicht hat.

4 Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

5 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

6 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

7 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### (3) Beitragsanpassung

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 3% in Bezug auf die Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% in Bezug auf die Sterbewahrscheinlichkeit, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 12 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 AVB/KGAS) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 12 Abs. 3 S. 2 AVB/KGAS) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

2 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## § 9 Obliegenheiten

### (1) Obliegenheiten

1 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 3 AVB/KGAS) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

2 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

3 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

4 Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

5 Der Eintritt, die Änderung oder der Wegfall eines Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden. Eine Anzeigepflicht besteht gleichermaßen für Ansprüche auf Beihilfe außerhalb einer Verbeamtung, bei Versorgungsansprüchen über supranationale Einrichtungen (bspw. EU oder Nato), sowie Ansprüchen gegenüber dem Bundeseisenbahnvermögen, bzw. KVB (Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten).

### (2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 AVB/KGAS genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2 Wird eine der in § 9 Abs. 1 Nr. 4 und 5 AVB/KGAS genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

### (3) Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.

3 Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den § 9 Abs. 3 Nr. 1 und 2 AVB/KGAS genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die § 9 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 AVB/KGAS entsprechend anzuwenden.



## § 10 Ende des Versicherungsverhältnisses

### (1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer 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 der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

4 Versicherungsnehmer, die von ihrem Kündigungsrecht nach **§ 10 Abs. 1 Nr. 3 AVB/KGAS** Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in einem Tarif für gesetzlich krankenversicherte Personen des Versicherers fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

5 Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

6 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß **§ 11 Abs. 1 AVB/KGAS**, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

7 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

8 Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), setzt die Kündigung nach **§ 10 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5, 6 und 7 AVB/KGAS** voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.



9 Bei Kündigung einer substitutiven Krankenversicherung (§ 195 Abs. 1 VVG) und gleichzeitigem Abschluss einer neuen substitutiven Krankenversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

10 Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

11 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

12 Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

### (2) Kündigung durch den Versicherer

1 In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen.

2 Liegen bei einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

3 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

4 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

5 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt **§ 10 Abs. 1 Nr. 11 S. 1 und 2 AVB/KGAS** entsprechend.

### (3) Sonstige Beendigungsgründe

1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU/EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des 6. Monats nach dem Zeitpunkt, zu dem der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde, es sei denn, es wird aufgrund einer Vereinbarung nach **§ 3 Abs. 2 Nr. 3 AVB/KGAS** fortgeführt.

## § 11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

### (1) Änderung im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

### (2) Höchststrichterliche Entscheidung

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

## § 12 Tarifwechsel

### (1) Wechsel in andere Tarife

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein angemessener Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten, sofern der Tarif diese vorsieht. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 VAG ist ebenfalls ausgeschlossen.

### (2) Wechsel in den Standardtarif

1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

2 **§ 12 Abs. 2 Nr. 1 AVB/KGAS** gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

### (3) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. **§ 12 Abs. 2 Nr. 1 S. 4 AVB/KGAS** gilt entsprechend.



## § 13 Sonstige Bestimmungen

### (1) Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

### (2) Auskunftspflicht des Versicherers

1 Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,- Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung in Textform verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

2 Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

### (3) Gerichtsstand

1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3 Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGAS) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

4 Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in § 13 Abs. 3 Nr. 3 AVB/KGAS genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen: Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist Köln oder ein anderer Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

**All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provided in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.**



### (4) Trennung/Scheidung

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 10 Abs. 1 Nr. 8 AVB/KGAS gilt entsprechend.

### (5) Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gültig ab 04/2025

---

**Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung**

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin

Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

**Hinweis auf die Versicherungsaufsicht**

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Sektor Versicherungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn

E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

**Hinweis auf den Rechtsweg**

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

