Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) 5
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 10
Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden 11

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013) 13

Teil III Tarife

Krankheitskostenversicherungen für Nicht-Beihilfeberechtigte

Tarife AGIL classic pro (CP0U bis CP3U) Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Dreibettzimmer ohne privatärztliche Behandlung 37
Tarife AGIL comfort (MP0U bis MP3U) - Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung 46
Tarife AGIL premium (TN0U bis TN3U) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung 55
Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler in den Tarifen AGIL classic (EP0U - EP3U), AGIL classic pro (CP0U - CP3U), AGIL comfort (MP0U - MP3U), AGIL premium (TN0U - TN3U) 62

Krankheitskostenversicherungen für Beihilfeberechtigte

Grundtarife für Beihilfeberechtigte - ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung - Tarife BB (BB10-50, BB20E, BB00) und BH (BH20-50) 63
Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB1 75
Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB2 83
Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer - Tarife W1 (W110 bis W100 und W120E) 90
Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer - Tarife W2 (W210 bis W200 und W220E) 98

Krankheitskosten-Zusatzversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherung

Tarif SG 1U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer 106
Tarif SG 2U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer 109
Tarif 10U - Krankenhaustagegeld 112
Tarif EG 3U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse 113
Tarif EG 4U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse 117
Tarif AGU - Kostenerstattung ambulant 121
Tarife ZE 30U, ZE 40U - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse 123
Tarif Blick + Check premium (BC1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen 125
Tarif Blick + Check comfort (BC2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen 127
Tarif Blick + Check classic (BC3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen 129

Tarif Klinik premium (K1U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer 131
Tarif Klinik comfort (K2U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer 136
Tarif Klinik classic (K3U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen 140
Tarif Zahn premium (Z1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie 145
Tarif Zahn comfort (Z2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie 148
Tarif Zahn classic (Z3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz 151
Tarif Premium plus (P1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge 153
Tarif Comfort plus (P2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge 157
Tarif Classic plus (P3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge 161
Tarif NaturMedizin (N1U) Zusatzversicherung für ambulante Behandlung mittels Naturheilverfahren 164
Tarif Mitglieder premium (M1U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen 166
Tarif Mitglieder comfort (M2U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen 171
Tarif Mitglieder classic (M3U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen 176

Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

WBETU, BETU - Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter 180

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK (AVB/ZV, ZK)

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB/ZV, ZK) 182

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR) 195

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2017) 208

Teil III Tarife

Tarife TE-Krankentagegeld 231

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017) (Teil I Musterbedingungen 2017 §§ 1-27 und Teil II Tarifbedingungen 2017) 234

Teil III Tarife

Pflege FörderBahr Tarif PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung 251

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV) 253

Teil II Tarife

Tarife PflegeVorsorge premium (PM1), PflegeVorsorge comfort (PM2) und PflegeVorsorge classic (PM3) - Pflegemonatsgeld 265
Tarif PflegeVorsorge cash (PE) 273
Tarife MitgliederPflege premium (PM1M), MitgliederPflege comfort (PM2M) und MitgliederPflege classic (PM3M) - Pflegemonatsgeld 277
Tarif MitgliederPflege cash (PEM) 286

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV) 290
Tarif PTU - Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 304

Anwartschaftsversicherungen und Optionstarif

AWG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung 306
AWKL - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung 308
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Optionstarif OT (AVB/OT) 311
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB (AVB/OTB) 315

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)

Teil I Musterbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung 317

Teil II Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI 341
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG 343
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI 344
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten 345

Teil III Tarifbedingungen

Tarif PP mit Tarifstufen PPN und PPB 346
Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung 354
Informationen Private Pflegeberatung 359

IV. Überleitungsregelungen

Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 361

Anwartschaftsversicherungen zur privaten Pflegepflichtversicherung

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) 364
Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) 366

Anhang: Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) 368
Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) 372
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) 373
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) 378
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) 380
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) 390
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) 398
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) 399
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) 400
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) 430
Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) 431
Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) 433
Auszug aus dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) 434
Auszug aus dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) 435
Auszug aus dem Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG) 437
Auszug aus der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) 438
Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG) 439
Auszug aus der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) 440
Auszug aus dem Soldatengesetz (SG) 441
Auszug aus dem 2. Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) 442

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung 444

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Stefan Huhn, Dr. Matthias Ising, Dr. Nils Reich.
Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 114106943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln an, der nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft.

Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Telefaxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmebestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

(Anmerkung der R+V Krankenversicherung AG: In dem nachfolgend angedruckten Abschnitt 2 ist der Unterabschnitt 2 für Sie nur dann relevant, wenn Sie eine substitutive Krankenversicherung beantragt haben, d.h. eine Versicherung, die den Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenkasse oder Pflegekasse ganz oder teilweise ersetzen kann.)

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen
- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de
Internetadresse: www.ruv.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter www.ruv.de ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in

diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 12 Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1
Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2
Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist,

begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht finden Sie jeweils in den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen, für den Tarif PKB in den §§ 17 und 18 der AVB/GEPV bzw. Nrn. 7, 8 des Tarifs OT und Nr. 6 des Tarifs OTB.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundersrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Verbraucherschlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

Die R+V Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann übt diese Funktion aus. Bei Beschwerden können Sie daher das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei ihm in Anspruch nehmen. Wir erklären, dass wir an einem solchen Verfahren teilnehmen. Die Anschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden. Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Stand 2016

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellungen kann an den neuen Versicherer übertragen werden.(1) Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versicherungskollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

(1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.

Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden

Mit einem privaten Krankenversicherungsvertrag genießen Sie in der Regel lebenslang die Vorteile eines Privatpatienten. Für Vollversicherte ist die Rückkehr in eine gesetzliche Krankenkasse nur unter engen gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen möglich, ab dem 55. Lebensjahr nahezu ausgeschlossen.

Ein wesentliches Merkmal der Vollversicherungstarife ist, dass Rückstellungen für das mit dem Alter wachsende Krankheitsrisiko gebildet werden. Das bedeutet:

Der zu zahlende Beitrag übersteigt zu Beginn des Versicherungsverhältnisses den Betrag, der notwendig wäre, um das tatsächliche Krankheitsrisiko zu finanzieren. Der verbleibende Beitragsteil wird in der sogenannten Alterungsrückstellung angespart. Die so angesammelten Mittel werden dazu verwendet, die alleine wegen des Älterwerdens höheren Krankheitskosten aufzufangen. Die in den Beitrag einkalkulierten Kosten und Angaben zu möglichen sonstigen Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Wir alle wissen, dass die Kosten im Gesundheitswesen Jahr für Jahr steigen. Die übliche Preissteigerungsrate wirkt hier zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und immer ausgefeilteren Behandlungsmethoden. Die anhaltenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stellen die gesetzliche wie die private Krankenversicherung vor eine große Herausforderung. Die Entwicklung in der Medizin, steigende Lebenserwartungen, verbesserte Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie usw. werden wohl auch in Zukunft zu höheren Heilbehandlungskosten führen als derzeit abzusehen sind. Die Kalkulation kann jeweils nur auf die aktuelle Leistungsinanspruchnahme und auf eine kurzfristige Prognose abgestellt werden.

Da das Ausmaß der erhöhten Leistungsinanspruchnahme nicht voraussehbar ist, sind für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den eingerechneten jährlich zu vergleichen. Ergibt sich eine Abweichung, die höher ist als der tariflich festgelegte Prozentsatz, müssen die Beiträge überprüft werden. Ist die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen. Dabei bleiben die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich erhalten. Der aufgrund der Beitragsanpassung zu zahlende Mehrbeitrag wird unter Berücksichtigung des jeweils erreichten Alters festgesetzt. Die rechtlichen Grundlagen für eine Beitragsanpassung ergeben sich aus § 203 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 8 b der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Wir tun jedoch alles dafür, die Auswirkungen der steigenden Behandlungskosten für Sie - gerade auch im Alter - in Grenzen zu halten.

Beispielsweise verwenden wir Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Alle gesetzlichen Vorgaben, die der Stabilisierung bzw. Senkung der Beiträge im Alter dienen, werden selbstverständlich erfüllt.

Sie können mit uns in der Krankheitskostenversicherung die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (WBETU bzw. BETU) vereinbaren. Damit sparen Sie in jungen Jahren zusätzliche Beträge an, die ab Alter 65 die monatlichen Beitragsraten um den vereinbarten Betrag entlasten.

In unserem bedarfsgerechten Tarifangebot haben Sie jederzeit das Recht, durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Leistungsspektrum, z. B. in solche mit höherem Selbstbehalt, oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile zum Teil erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen.

Sie können selbstverständlich auch einen höheren Versicherungsschutz vereinbaren. Die aus dem bisherigen Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden dann angerechnet. Wenn der Tarif nichts anderes vorsieht, sind wir jedoch berechtigt, für die höheren oder umfassenderen Leistungen des neuen Tarifs einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren. Insoweit können wir auch Wartezeiten vereinbaren. Anstelle eines Risikozuschlags und einer Wartezeit kann der Versicherungsnehmer für die Mehrleistung auch einen Leistungsausschluss wählen.

Mit vorstehenden Maßnahmen werden grundsätzlich die Beiträge auch im Alter erträglich gestaltet. Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, können Sie in den verbandseinheitlichen Standardtarif mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Für die Aufnahme im Standardtarif sind jedoch bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Üblicherweise gilt eine Mindest-Vorversicherungszeit in einer privaten Vollversicherung von 10 Jahren. Zusätzlich muss man mindestens 65 Jahre alt sein, oder mindestens 55 Jahre alt und ein geringes Gesamteinkommen haben bzw. mindestens 55 Jahre sein und z. B. eine gesetzliche Rente beziehen. Alternativ kommt unter Umständen auch ein Wechsel in den Basistarif in Betracht.

Haben Sie Ihren Vollversicherungsvertrag nach dem 01.01.2009 geschlossen, ist der Wechsel in den verbandseinheitlichen Basistarif möglich. Dieser beinhaltet Leistungen entsprechend denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Höchstbeitragsgarantie. Im Basistarif können Sie unter verschiedenen Selbstbehaltsstufen wählen; außerdem vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte, solange bei Ihnen allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch besteht und dies vom zuständigen Träger bescheinigt wird. Sofern Sie trotz der Reduzierung des Beitrages auf die Hälfte hilfebedürftig sind, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Ihren Antrag hin an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte und der zuständige Träger beteiligt sich an dem verminderten Beitrag mit dem Betrag, den er auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung tragen müsste.

Auch für die Aufnahme in den Basistarif sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Gerne prüfen wir für Ihre individuelle Situation, ob ein Wechselrecht in Frage kommt.

Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, verlieren Sie bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer alle bei uns erworbenen Rechte.

Wenn Sie nach dem 01.01.2009 Ihren Vollversicherungsvertrag mit uns geschlossen haben, ist es zwar möglich, unter Mitnahme eines Teils Ihrer Alterungsrückstellung zu einem anderen privaten Krankenversicherer zu wechseln, da die Beiträge für Neukunden mit zunehmendem Eintrittsalter höher sind, kann ein solcher Wechsel dennoch, gerade im fortgeschrittenen Alter, mit erheblich höheren Beiträgen verbunden sein. Darüber hinaus ist eine neue Gesundheitsprüfung notwendig. Ergebnis einer solchen Gesundheitsprüfung kann sein, dass ein Risikozuschlag erhoben wird oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden muss bzw. dass nur die Aufnahme in den Basistarif des anderen Unternehmens möglich ist.

Zusätzlich zu diesen Gegebenheiten können Sie und wir partnerschaftlich die künftige Beitragsentwicklung positiv beeinflussen:

Wir tragen die Verantwortung für mehr Produktivität, Kosteneinsparung und eine risikobewusste Zeichnungspolitik. Sie bestimmen durch Ihre verantwortungsbewusste Inanspruchnahme von Leistungen die Höhe Ihres Krankenversicherungsbeitrages wesentlich mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 3
§ 3 Wartezeiten 4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 10
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 12
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 13

Pflichten des Versicherungsnehmers **13**
§ 8 Beitragszahlung 13
§ 8 a Beitragsberechnung 15
§ 8 b Beitragsanpassung 16
§ 9 Obliegenheiten 17
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 17
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 18
§ 12 Aufrechnung 18

Ende der Versicherung **19**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 19
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 20
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 21

Sonstige Bestimmungen **21**
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 21
§ 17 Gerichtsstand 22
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 22
§ 19 Wechsel in den Standardtarif 22
§ 20 Wechsel in den Basistarif 23

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013)

gültig ab 01.01.2023

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) 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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) 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. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

(6) 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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. 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. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 1 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
   Kinderwunsch
   Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Behandlung zur Erfüllung eines Kinderwunsches.

   Der Tarif kann vorsehen, dass hierfür keine Leistungen erbracht werden.

2. Zu § 1 Abs. 2 Teil I AVB/KK 2013:
   Hospizversorgung
   Als Versicherungsfall gilt auch die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (d. h. eine private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen kann) besteht. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, ist der Versicherer nur für die nach der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

3. Zu § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:
   Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
   Sofern der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die folgenden Regelungen:

   a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

   b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

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 oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn 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. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

2. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für Neugeborene
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

4. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsbeginn von Neugeborenen
Abweichend von § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 erfolgt die Versicherung des Neugeborenen bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen zum Tag der Geburt. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate berechnet sich - gegebenenfalls ratierlich - ab diesem Tag.

5. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 3 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2013:
   Verzicht auf besondere Wartezeiten für den Ehegatten
   Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

2. Zu § 3 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:
   Verzicht auf besondere Wartezeiten bei Unfällen
   Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

3. Zu § 3 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:
   Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
   Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.

   Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

4. Zu § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
   Anrechnung der Vorversicherung
   § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend auch für Personen, die aus einer privaten Krankenzusatzversicherung ausscheiden. Die nachgewiesene zurückgelegte Versicherungsdauer wird in der Krankenhaustagegeldversicherung auf sämtliche Wartezeiten, in der Krankheitskostenzusatzversicherung mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen 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.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung 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.

(8) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 4 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

a) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.

b) Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen.

c) Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe und die Voraussetzungen einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jährlich vom Vorstand mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders festgelegt. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nur, wenn die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr (Geschäftsjahr) in den berechtigten Tarifen keine Versicherungsleistungen erhalten hat, es sei denn, es wird festgelegt, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht.

Als Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung kann auch bestimmt werden, dass die versicherte Person während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres und darüber hinaus bis zum 30.06. des Folgejahres nach den berechtigten Tarifen gegen Zahlung des vollen Tarifbeitrags versichert ist - es sei denn, die Versicherung endete nach dem

abgelaufenen Kalenderjahr wegen Pflichtversicherung oder Tod - und dass am 30.06. des Folgejahres kein Beitragsrückstand in den berechtigten Tarifen besteht.

Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Jahre erfüllt sind. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Folgejahres vorgenommen.

d) Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

2. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung
Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis g):

a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen
Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt - sofern Heilpraktikerleistungen versichert sind - für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Nr. 1 Teil II. Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

b) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
Ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für den Erwerb von Nutzungsrechten an digitalen Gesundheitsanwendungen besteht - soweit im Tarif nicht abweichend geregelt - in Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) für ambulante Heilbehandlung.

Der Leistungsumfang richtet sich nach dem tariflichen Leistungsversprechen für die medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Ärzte. Erstattungsfähig sind jedoch höchstens die Preise, die zum Zeitpunkt des Bezugs der DiGA zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden könnten.

Ist im vereinbarten Tarif für Facharztbehandlung ohne vorherige Überweisung ein geringerer Erstattungssatz vorgesehen (sogenannter Primärarzttarif), gilt diese Regelung entsprechend für die Verordnung von DiGA durch Fachärzte.

Weitere Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit einer DiGA sind, dass

aa) sie von dem behandelnden Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten nach Nr. 7 verordnet wurde,

bb) bei der versicherten Person die Indikation vorliegt, für welche die DiGA bestimmt ist und

cc) sie zum Zeitpunkt der Verordnung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen war.

Ferner ist bei fortdauernder Nutzung nach Ablauf einer Nutzungsdauer von jeweils drei Monaten eine erneute Verordnung des Behandelnden erforderlich, es sei denn, der Versicherer hat zuvor in Textform eine darüberhinausgehende Kostenzusage erteilt. Anspruch auf eine Kostenzusage für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten besteht, soweit die vom Anbieter vorgesehene Mindestnutzungsdauer drei Monate übersteigt.

Der Versicherer ist nach entsprechender Information des Versicherungsnehmers berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Wird eine DiGA vor Entlassung aus einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach § 4 Abs. 4 oder Abs. 5 Teil I AVB/KK 2009 von einem Krankenhausarzt verordnet, gilt dies als ambulante ärztliche Heilbehandlung und die Aufwendungen werden nach den vorstehenden Maßgaben im tariflichen Umfang erstattet.

c) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.

d) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Masseuren) erbracht werden.

e) Hilfsmittel
Soweit nicht anders geregelt, sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel einschließlich Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte erstattungsfähig.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Blindenhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, z. B. Reinigungs- und Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z. B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten und nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.

Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer), die unabhängig von einer bestehenden Erkrankung üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind.

Als kleine Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen.

Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt.

f) Vorsorgeuntersuchungen
In Erweiterung von § 1 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2013 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

g) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

3. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2013:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

   a) für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektionen;

   b) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

   c) für den Gebrauch von DiGA (z. B. Stromkosten, Batterien, Smartphone, PC), zusätzliche Softwaremodule/Zusatzservices - die nicht in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen sind - oder Zusatzgeräte (z. B. digitale Waage, Fitnessarmband, Pulsmesser).

4. Zu § 4 Absatz 4 und 5 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht. Sofern der Tarif nichts anderes regelt, sind dies:

   a) Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.

   b) Wahlleistungen nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

   c) Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
   Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.

   d) Teilstationäre Behandlung
   Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.

5. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Gemischte Anstalten
Abweichend von § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

   a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder

   b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

   c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

   d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

6. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Anschlussheilbehandlung
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt nach § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit

zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.

7. Zu § 4 Absatz 1 - 6 Teil I AVB/KK 2013:
Psychotherapie
Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind - sofern sie versichert sind - auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.

   Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

8. Zu § 4 Absatz 1 - 5 Teil I AVB/KK 2013:
Betragsmäßige Festlegungen

   a) Sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, gilt Folgendes:
   Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsbeginne im I. Quartal.

   Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.

   b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Keine Leistungspflicht besteht

   a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

   b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, 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;

   d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

   e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines

vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) ---

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) 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.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 5 Teil I AVB/KK 2013:
Gebührenordnung
Soweit der Tarif zu den nachfolgenden Regelungen keine anderen Bestimmungen enthält, gilt Folgendes:

   Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt Entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind.

2. Zu § 5 Abs.1 b Teil I AVB/KK 2013:
Entziehungsmaßnahmen
Während der Vertragsdauer einer Krankheitskostenvollversicherung sind die Aufwendungen für insgesamt bis zu 3 medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen (ausgenommen Raucherentwöhnung) unter folgenden Voraussetzungen im tariflichen Umfang erstattungsfähig:

   a) Es besteht kein anderweitiger Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung, z. B. gegen einen gesetzlichen Rehabilitationsträger. Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskostentarifs des Versicherers durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet.

   b) Die Leistungen wurden vor Beginn der Maßnahme beim Versicherer beantragt und der Versicherer hat die Leistungen (Art, geeignete Einrichtung, Dauer und Umfang) vor Beginn schriftlich zugesagt. Entsprechendes gilt für darüber hinausgehende Leistungen.

3. Zu § 5 Absatz 1 d Teil I AVB/KK 2013:
   Kur- und Sanatoriumsbehandlung
   Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis c):

   a) Der Versicherer leistet für Kosten einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn ihm vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und sofern es der Tarif für stationäre Heilbehandlung vorsieht.

   b) Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (nicht aber für die Unterbringung und Verpflegung) einer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.

   c) Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach zweijähriger Versicherungsdauer stattfinden, weitere Erstattungen für Behandlungen, die nach Ablauf von jeweils zwei Jahren erfolgen.

4. Zu § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2013:
   Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
   Die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2013 entfällt insgesamt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 6 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
   Leistungsunterlagen
   Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.

   Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

2. Zu § 6 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:
Umrechnungskurs
Für die Umrechnung in Euro gilt als Kurs des Tages der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach "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.

3. Zu § 6 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Überweisungskosten
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

4. Zu § 6 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2013:
Krankenhaus-Ausweis
Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I Musterbedingungen 2009

(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 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) 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 1. 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 wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) 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 zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand 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 VAG (siehe Anhang) 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 (siehe Anhang) 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 dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
   Beitragsrate

   a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

   b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

   c) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vergleiche aber § 5 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Zu § 8 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:
   Fälligkeit des Erstbeitrages
   Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 8 Absatz 7 Teil I AVB/KK 2013:
   Mahnkosten
   Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

4. Zu § 8 Absatz 1-8 Teil I AVB/KK 2013:
   Versicherungsteuer
   In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
   In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
   Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I Musterbedingungen 2009

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
   Beitragsberechnung
   Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
   Anrechnung der Alterungsrückstellung
   Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

3. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
   Beitragsermäßigung im Alter
   Zur Finanzierung von Beitragsermäßigungen oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zugeschrieben und ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten entsprechend verwendet.

4. Zu § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:
   Beitragszuschläge
   § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 gilt entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I Musterbedingungen 2009

(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 dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des 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 (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
   Betragsmäßig festgelegte Leistungen
   Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen in einem Tarif mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

2. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
   Leistungsausschluss gegen Beitragsnachlass
   Ist in einem Tarif die Möglichkeit vorgesehen, einzelne Versicherungsleistungen vom Versicherungsschutz gegen einen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Beitragsnachlass auszuschließen, gilt für den Beitragsnachlass § 8 b Absatz 1 Satz 4 Teil I AVB/KK 2013 entsprechend.

3. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
   Beitragszuschläge
   § 8 b Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 gelten entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

(5) 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.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 12 Aufrechnung

Teil I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(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 gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) 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.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, 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.

(6) 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 Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 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.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG - siehe Anhang) 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 Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

(10) 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.

(11) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 13 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsjahr und Vertragsdauer
Vergleiche § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II.

2. Zu § 13 Absatz 8 Teil I AVB/KK 2013:
Übertragungswert
Wurde der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen und erfolgte für eine versicherte Person ein Wechsel in einen Tarif, in dem ein Übertragungswert gebildet wird, gilt im Falle einer Kündigung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags bei einem anderen Versicherer § 13 Absatz 8 Satz 1 Teil I AVB/KK 2013 entsprechend.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(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 § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Zu § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auch auf das ihm nach § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I Musterbedingungen 2009

(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 Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 15 Teil I AVB/KK 2013:
   Ehescheidungen, Getrenntleben
   Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

2. Zu § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:
   Tätigkeitsgebiet des Versicherers
   Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I Musterbedingungen 2009

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 17 Gerichtsstand

Teil I Musterbedingungen 2009

(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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) 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 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung 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) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit 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 hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

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

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

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.

Tarife AGIL classic pro (CP0U bis CP3U) Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Dreibettzimmer ohne privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife CP0U bis CP3U gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehalts

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

CP0U	0 EUR
CP1U	480 EUR
CP2U	960 EUR
CP3U	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehalts.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.3 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehaltes.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2013 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigen Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehalts

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

2.4 Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller in einem Tarif CP vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung ist je versicherte Person und je Kalenderjahr so

begrenzt, dass jeder Tarif CP die Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) erfüllt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidationen

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die Erstattungspflicht richtet sich nach § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013, jedoch sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker abweichend hiervon nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Aufwendungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen werden, abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 ersetzt, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3 Ambulante Heilbehandlung, ausgenommen zahnärztliche Behandlung

Bezüglich Heilpraktikerleistungen gilt Nr. 3.3.7 und bzgl. ambulanter Psychotherapie gilt Nr. 3.3.8.

3.3.1 Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Inanspruchnahme eines Primärarztes oder eines Facharztes, wenn die versicherte Person von einem Primärarzt zur Mit-/Weiterbehandlung an diesen überwiesen wurde, ersetzt

zu 100 %.

Zur ambulanten Kurbehandlung siehe Nr. 3.5.8.1.

1 Primärärzte

Als Primärärzte gelten ausschließlich
- praktische Ärzte,
- hausärztlich tätige Internisten
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Not- oder Bereitschaftsärzte
- sowie Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Service für Telemedizin telefonisch oder digital kontaktiert werden.

Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.

2 Überweisungen durch Primärärzte

Die Überweisung ist zusammen mit der Facharztrechnung einzureichen und muss das Überweisungsdatum, die Diagnose und die aufzusuchende Fachrichtung enthalten. Sie gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens für 6 Monate ab dem Überweisungsdatum. Für die über diesen Zeitraum hinaus notwendige Facharztbehandlung ist eine erneute Überweisung des Primärarztes vorzulegen.

Wird ein weiterer Arzt derselben Fachrichtung in Anspruch genommen, ist vor dem Arztwechsel eine erneute Überweisung durch den Primärarzt einzuholen und zusammen mit

der Rechnung dieses neuen Facharztes vorzulegen. Hinsichtlich dieser Überweisung gilt im Übrigen der vorherige Absatz entsprechend.

3 Facharzt ohne Überweisung
Bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne Überweisung durch einen Primärarzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ersetzt
zu 75 %.

3.3.2 Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.3 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen
Abweichend von § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Berücksichtigung der darin genannten Altersgrenzen erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 100 %,
außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

2 Schutzimpfungen
Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) nach dem neuesten Stand empfohlen werden, sind erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 100 %,
außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.4 Arzneimittel und Verbandmaterial
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt
zu 100 %.
In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Satz 2 Teil II AVB/KK 2013 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nährmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, erstattungsfähig.

3.3.5 Heilmittel
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt
zu 75 %.
In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 d) Teil II AVB/KK 2009 sind auch medizinisch notwendige ergotherapeutische und podologische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.6 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen
sind, abweichend von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig
zu 100 %,

maximal 300 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte
In Erweiterung von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung und Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ohne Begrenzung der Anzahl ersetzt

zu 75%.

3.3.7 Heilpraktiker
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, ausgenommen Entziehungsmaßnahmen, durch Heilpraktiker einschließlich von diesen verordnete Arzneimittel/Verbandmaterial werden ersetzt

zu 75 %,

maximal 750 EUR je Kalenderjahr.

3.3.8 Psychotherapie, ambulante Entziehungsmaßnahmen
Die erstattungsfähigen Aufwendungen ambulanter Psychotherapie (Entziehungsmaßnahmen siehe Nr. 3.3.8.1 und 3.3.8.2) werden ersetzt zu

zu 75 %.

1 Ambulante Entziehungsmaßnahmen
Erstattungsfähig sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für ärztliche Leistungen bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten für ambulante Entziehungsmaßnahmen maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten

zu 75 %.

2 Ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen
Aufwendungen für ärztliche Leistungen bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen einer nach Beendigung einer stationären Entziehungsmaßnahme medizinisch notwendigen ambulanten Nachsorgebehandlung sind für die Dauer von bis zu 6 Monaten und maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig

zu 75 %.

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

3.4.1 Zahnbehandlung
inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt,
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen

zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen
bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person

zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Die Altersgrenze entfällt für kieferorthopädische Maßnahmen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt

3.5.1 innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
werden ersetzt

zu 100 %

für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung berechnet werden, zusätzliche Kosten der Belegärzte, Hebammen, und Entbindungspfleger.

3.5.2 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt

zu 100 %

für Aufwendungen der niedrigsten Preisklasse für Krankenhausleistungen inklusive ärztliche Leistungen, in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.5.3 Stationäre Entziehungsmaßnahmen
Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 sowie der Nrn. 3.5.1 und 3.5.2 die Aufwendungen für Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen erstattungsfähig

zu 100%.

3.5.4 Anschlussheilbehandlung
In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.5.5 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen
Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.5.6 Rooming-in
Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif CP versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

3.5.7 Beitragsfreistellung
Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif CP der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

3.5.8 Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt

zu 100 %

bis zu einem Betrag von 600 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 3 c) Teil II AVB/KK 2013 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif CP und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.4 und 3.3.5.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 Nr. 3 b) Teil II AVB/KK 2013 sind die Kosten für die Unterkunft in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.4 und 3.3.5 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung

Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 und § 4 Nr. 2 g) Teil II AVB/KK 2013 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder medizinischen Notfalles jeweils zur Erstversorgung erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloptionen

In Erweiterung des Tarifwechselrechts nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif mit Mehrleistungen verlangen. Ein Wechsel von einem Tarif, der geschlechtsunabhängig kalkuliert wird (Tarife EP, CP, MP bzw. TN mit der Endung "U"), in einen Tarif der geschlechtsabhängig kalkuliert wird, ist ausgeschlossen (siehe § 1 Abs. 6 S. 6 AVB/KK 2013).

4.1 Zeitlich festgelegte Wechseloptionen

4.1.1 Beginn und Ende der Wechseloptionen

Die für eine Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem entsprechenden Tarif CP für Nr. 4.1.2 bzw. in den Tarifen EP, CP, MP, TN für Nr. 4.1.3

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem entsprechenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder

- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.

- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

4.1.2 Wechsel von einem Tarif CP in einen Tarif CP mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif CP, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.1.3 Wechsel von einem Tarif CP in Tarif MP derselben Selbstbehaltsstufe
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte bzw. fünfzehnte Versicherungsjahr (vergleiche § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in den Tarifen EP, CP, MP oder TN folgt, wenn der Antrag auf einen Wechsel von einem Tarif CP in den Tarif MP derselben Selbstbehaltstufe spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 Wechsel von einem Tarif CP in einen Tarif MP oder TN derselben Selbstbehaltsstufe für die Dauer einer Entsendung ins Ausland

4.2.1 Wechselvoraussetzungen
Entsendet ein Arbeitgeber eine versicherte Person im Rahmen eines in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland, kann der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person den Wechsel von einem Tarif CP in den Tarif MP oder TN mit derselben Selbstbehaltsstufe verlangen. Diese Wechseloption gilt auch für die im Ausland mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. solange sie nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert sind), sofern sie ebenfalls in einem Tarif CP, EP oder MP versichert sind. Der Beginn und das voraussichtliche Ende der Auslandsbeschäftigung sind durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers vor dem Tarifwechsel nachzuweisen.

4.2.2 Wechselzeitpunkt/-antrag
Der Wechsel kann zum Ersten des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beginnt, verlangt werden, wenn der Antrag und der Nachweis nach Nr. 4.2.1 spätestens am 15. des Vormonats beim Versicherer eingegangen sind. Bei späterem Zugang erfolgt der Wechsel zum nächsten Monatsersten nach Eingang.

4.2.3 Beendigung der Auslandsbeschäftigung
Nach einem Wechsel nach Nr. 4.2 gilt die Versicherung im Tarif MP bzw. TN derselben Selbstbehaltstufe bis zum Ende des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beendet wird bzw. für Familienangehörige, die die häusliche Gemeinschaft im Ausland zuvor beenden, bis zum Ende des entsprechenden Monats. Ab dem nächsten Monatsersten wird die Versicherung wieder in dem Tarif CP fortgeführt, aus dem der Wechsel für die Zeit der Auslandsbeschäftigung erfolgte. Das tatsächliche Ende der Auslandsbeschäftigung ist durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen bzw. die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft durch eine Meldebescheinigung oder andere geeignete Belege.

4.3 Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif CP aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht gemäß § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK

2013, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht. Für Versicherungsbeginne ab 01.01.2016 besteht jedoch kein Anspruch auf Umstellung in Tarife mit Leistungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung).

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten; in Erweiterung hierzu verlängert er sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) befindet.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif CP, MP oder TN, der geschlechtsunabhängig kalkuliert wird, möglich.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

5.5 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarife AGIL comfort (MP0U bis MP3U) - Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2025

Die Tarife MP0U bis MP3U gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehalts

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

MP0U	0 EUR
MP1U	480 EUR
MP2U	960 EUR
MP3U	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehalts.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.3 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehalts.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2013 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigen Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehalts

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

2.4 Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller in einem Tarif MP vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung ist je versicherte Person und je Kalenderjahr so

begrenzt, dass jeder Tarif MP die Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) erfüllt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidationen

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Die Erstattungspflicht richtet sich, Entziehungsmaßnahmen ausgenommen, nach § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013, jedoch sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker abweichend hiervon nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Aufwendungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen werden, abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 ersetzt, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3 Ambulante Heilbehandlung, ausgenommen zahnärztliche Behandlung

Bezüglich Heilpraktikerleistungen gilt Nr. 3.3.7 und bzgl. ambulanter Psychotherapie gilt Nr. 3.3.8.

3.3.1 Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme von Psychotherapie
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Inanspruchnahme eines Primärarztes oder eines Facharztes, wenn die versicherte Person von einem Primärarzt zur Mit-/Weiterbehandlung an diesen überwiesen wurde, ersetzt

zu 100 %.

Zur ambulanten Kurbehandlung siehe Nr. 3.5.8.1.

1 Primärärzte
Als Primärärzte gelten ausschließlich
- praktische Ärzte,
- hausärztlich tätige Internisten,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Not- oder Bereitschaftsärzte
- sowie Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Service für Telemedizin telefonisch oder digital kontaktiert werden.

Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.

2 Überweisungen durch Primärärzte
Die Überweisung ist zusammen mit der Facharztrechnung einzureichen und muss das Überweisungsdatum, die Diagnose und die aufzusuchende Fachrichtung enthalten. Sie gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens für 6 Monate ab dem Überweisungsdatum. Für die über diesen Zeitraum hinaus notwendige Facharztbehandlung ist eine erneute Überweisung des Primärarztes vorzulegen.
Wird ein weiterer Arzt derselben Fachrichtung in Anspruch genommen, ist vor dem Arztwechsel eine erneute Überweisung durch den Primärarzt einzuholen und zusammen mit

der Rechnung dieses neuen Facharztes vorzulegen. Hinsichtlich dieser Überweisung gilt im Übrigen der vorherige Absatz entsprechend.

3 Facharzt ohne Überweisung
Bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne Überweisung durch einen Primärarzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ersetzt
zu 75 %.

3.3.2 Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.3 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen
Abweichend von § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Berücksichtigung der darin genannten Altersgrenzen erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 100 %,
außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

2 Schutzimpfungen
Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) nach dem neuesten Stand empfohlen werden, sind erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 100 %,
außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
zu 75 %,
in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.4 Arzneimittel und Verbandmaterial
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt
zu 100 %.
In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Satz 2 Teil II AVB/KK 2013 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nährmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, erstattungsfähig.

3.3.5 Heilmittel
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt
zu 75 %.
In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 d) Teil II AVB/KK 2013 sind auch medizinisch notwendige ergotherapeutische und podologische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.6 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen
sind, abweichend von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

zu 100 %,

maximal 300 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte
In Erweiterung von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ohne Begrenzung der Anzahl ersetzt

zu 75 %.

3.3.7 Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich von diesen verordnete Arzneimittel/Verbandmaterial werden ersetzt

zu 75 %,

maximal 750 EUR je Kalenderjahr.

3.3.8 Psychotherapie, ambulante Entziehungsmaßnahmen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ambulanter Psychotherapie (Entziehungsmaßnahmen siehe Nr. 3.3.8.1 und 3.3.8.2) werden ersetzt

zu 75 %.

1 Ambulante Entziehungsmaßnahmen
Erstattungsfähig sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für ärztliche bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten für ambulante Entziehungsmaßnahmen maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten

zu 75 %.

2 Ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen
Aufwendungen für ärztliche Leistungen bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen einer nach Beendigung einer stationären Entziehungsmaßnahme medizinisch notwendigen ambulanten Nachsorgebehandlung sind für die Dauer von bis zu 6 Monaten und maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig

zu 75 %.

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

3.4.1 Zahnbehandlung

inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt,
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen

zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen
bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person

zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Die Altersgrenze entfällt für kieferorthopädische Maßnahmen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt

zu 100 %

bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbettzimmer einschließlich gesondert berechneter ärztlicher Leistungen.

Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.

3.5.1 Stationäre Entziehungsmaßnahmen
Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (keine privatärztliche Behandlung oder gesondert berechenbare Unterkunft - Wahlleistungen) für Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen erstattungsfähig

zu 100 %.

Ein Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

3.5.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen

1 Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer oder privatärztliche Behandlung
Neben der Kostenerstattung besteht bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (20 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr).

2 Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und gleichzeitigem Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (40 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15).

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegelds als ein Krankenhaustag.

3.5.3 Behandlung im Einbettzimmer
Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 65 EUR von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen.

3.5.4 Anschlussheilbehandlung
In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.5.5 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen
Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.5.6 Rooming-in
Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif MP versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

3.5.7 Beitragsfreistellung
Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif MP der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

3.5.8 Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt

zu 100 %

bis zu einem Betrag von 600 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 3 c) Teil II AVB/KK 2013 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif MP und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.4 und 3.3.5.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Abweichend von § 5 Nr. 3 b) Teil II AVB/KK 2013 sind die Kosten für die Unterkunft in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.4 und 3.3.5 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung
Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 und § 4 Nr. 2 g) Teil II AVB/KK 2013 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder medizinischen Notfalls erstattungsfähig
innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen
Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn

ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloptionen

In Erweiterung des Tarifwechselrechts nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif mit Mehrleistungen verlangen.

4.1 Zeitlich festgelegte Wechseloptionen

4.1.1 Beginn und Ende der Wechseloptionen

Die für eine Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem entsprechenden Tarif MP für Nr. 4.1.2 bzw. in den Tarifen EP, CP, MP, TN für Nr. 4.1.3

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem entsprechenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder

- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.

- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

4.1.2 Wechsel von einem Tarif MP in einen Tarif MP mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe

Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif MP, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.1.3 Wechsel von einem Tarif MP in Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe

Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte bzw. fünfzehnte Versicherungsjahr (vergleiche § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in den Tarifen EP, CP, MP oder TN folgt, wenn der Antrag auf einen Wechsel von einem Tarif MP in den Tarif TN derselben Selbstbehaltstufe spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 Wechsel von einem Tarif MP in Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe für die Dauer einer Entsendung ins Ausland

4.2.1 Wechselvoraussetzungen

Entsendet ein Arbeitgeber eine versicherte Person im Rahmen eines in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland, kann der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person den Wechsel von einem Tarif MP in den Tarif TN mit derselben Selbstbehaltsstufe verlangen. Diese Wechseloption gilt auch für die im Ausland mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. solange sie nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert sind), sofern sie ebenfalls in einem Tarif MP, CP oder EP versichert sind. Der Beginn und das

voraussichtliche Ende der Auslandsbeschäftigung sind durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers vor dem Tarifwechsel nachzuweisen.

4.2.2 Wechselzeitpunkt/-antrag

Der Wechsel kann zum Ersten des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beginnt, verlangt werden, wenn der Antrag und der Nachweis nach Nr. 4.2.1 spätestens am 15. des Vormonats beim Versicherer eingegangen sind. Bei späterem Zugang erfolgt der Wechsel zum nächsten Monatsersten nach Eingang.

4.2.3 Beendigung der Auslandsbeschäftigung

Nach einem Wechsel nach Nr. 4.2 gilt die Versicherung im Tarif TN derselben Selbstbehaltstufe bis zum Ende des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beendet wird bzw. für Familienangehörige, die die häusliche Gemeinschaft im Ausland zuvor beenden, bis zum Ende des entsprechenden Monats. Ab dem nächsten Monatsersten wird die Versicherung wieder in dem Tarif MP fortgeführt, aus dem der Wechsel für die Zeit der Auslandsbeschäftigung erfolgte. Das tatsächliche Ende der Auslandsbeschäftigung ist durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen bzw. die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft durch eine Meldebescheinigung oder andere geeignete Belege.

4.3 Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif MP aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht nach § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten; in Erweiterung hierzu verlängert er sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) befindet.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, CP, MP oder TN möglich, der geschlechtsunabhängig kalkuliert wird.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 innerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

5.5 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarife AGIL premium (TN0U bis TN3U) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife TN0U bis TN3U gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehalts

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

TN0U	0 EUR
TN1U	480 EUR
TN2U	960 EUR
TN3U	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehaltes.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.2 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehaltes.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2013 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigen Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehalts

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidation

Abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 gilt:

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Es werden, Entziehungsmaßnahmen ausgenommen (siehe Nr. 3.3.6 und 3.5.1), auch ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstattet, die mit einer von der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden. Dies setzt voraus, dass der Liquidation eine entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung (Honorarvereinbarung) zugrunde liegt.

Entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind, nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hebammen /Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3. Ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulanter Psychotherapie und Heilpraktikerleistungen), ausgenommen zahnärztliche Behandlung

3.3.1 Heilbehandlung
Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden ersetzt

zu 100 %.

Zur ambulanten Kurbehandlung siehe Nr. 3.5.7.1.

3.3.2 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen
Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig

zu 100 %,

2 Schutzimpfungen
Aufwendungen für medizinisch notwenige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen werden ersetzt

zu 100 %.

3.3.3 Arzneimittel und Verbandmaterial
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt

zu 100 %.

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Satz 2 Teil II AVB/KK 2013 sind auch Nährstofflösungen

zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nährmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, erstattungsfähig.

3.3.4 Heilmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt

zu 100 %.

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 d) Teil II AVB/KK 2013 sind auch medizinisch notwendige ergotherapeutische und podologische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.5 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

sind, abweichend von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

zu 100 %,

maximal 900 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

In Erweiterung von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung und Reparatur medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ohne Begrenzung der Anzahl ersetzt

zu 100 %.

3.3.6 Ambulante Entziehungsmaßnahmen und Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen

1 Ambulante Entziehungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für ärztliche bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten für ambulante Entziehungsmaßnahmen maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten

zu 100 %.

2 Ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztliche Leistungen bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen einer nach Beendigung einer stationären Entziehungsmaßnahme medizinisch notwendigen ambulanten Nachsorgebehandlung sind für die Dauer von bis zu 6 Monaten und maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig

zu 100 %.

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

3.4.1 Zahnbehandlung

inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt,

zu 100 %.

3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen

zu 80 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer

Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

zu 80 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt

zu 100 %

bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer einschließlich gesondert berechneter ärztlicher Leistungen.

Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.

3.5.1 Stationäre Entziehungsmaßnahmen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (keine privatärztliche Behandlung oder gesondert berechenbare Unterkunft - Wahlleistungen) für Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen erstattungsfähig.

zu 100 %.

Ein Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

3.5.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen

1 Verzicht auf Einbettzimmer oder privatärztliche Behandlung

Neben der Kostenerstattung besteht bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (20 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr).

2 Verzicht auf Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett und gleichzeitigem Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 80 EUR (60 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15).

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung Einbettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegelds als ein Krankenhaustag.

3.5.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.5.4 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.5.5 Rooming-in

Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif TN versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,
wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

3.5.6 Beitragsfreistellung
Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif TN der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.
Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

3.5.7 Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt
zu 100 %
bis zu einem Betrag von 1.800 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 3 c) Teil II AVB/KK 2013 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif TN und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.3 und 3.3.4.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Abweichend von § 5 Nr. 3 b) Teil II AVB/KK 2013 sind die Kosten für die Unterkunft in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von Nrn. 3.3.3 und 3.3.4 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung
Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 2 g) Teil II AVB/KK 2013 und § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles oder eines medizinischen Notfalles sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig
zu 100 %.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen
Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde
zu 100 %,
bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloption

4.1 Wechseloption in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe

In Erweiterung des Tarifwechselrechts nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe verlangen.
Die für die Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem betreffenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder

- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.

- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif TN aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

In Erweiterung von § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 und § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 besteht für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland bis zu 36 Monate Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 36 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Der Versicherer ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen. Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt wieder in einen Vertragsstaat des EWR verlegt.

Hat sich die versicherte Person für mindestens sechs Monate in einem Vertragsstaat des EWR aufgehalten, beginnt die 36-Monats-Frist neu. Innerhalb der sechs Monate besteht Versicherungsschutz in Europa, weltweit bis zu einem Monat. Eine anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nummern 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, CP, MP oder TN möglich, der geschlechtsunabhängig kalkuliert wird.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 innerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

5.5 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler in den Tarifen AGIL classic (EP0U - EP3U), AGIL classic pro (CP0U - CP3U), AGIL comfort (MP0U - MP3U), AGIL premium (TN0U - TN3U)

gültig ab 01.01.2021

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in anderen EU-Staaten bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler nach folgenden Besonderen Bedingungen in den Tarifen EP0U, EP1U, EP2U, EP3U, CP0U, CP1U, CP2U, CP3U, MP0U, MP1U, MP2U, MP3U, TN0U, TN1U, TN2U und TN3U versicherungsfähig.

2. Beiträge

Für diese Zeit richtet sich die monatliche Beitragsrate nach dem erreichten Alter. Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 16 - 20, 21 - 25, 26 - 30 und 31 - 34 Jahre (für Versicherungsbeginne ab 01.01.2020: Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre).

Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

3. Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem der Versicherte das 34. Lebensjahr (für Versicherungsbeginne ab 01.01.2020: das 39. Lebensjahr) vollendet. Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrages bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Will der Versicherungsnehmer von dieser Änderung keinen Gebrauch machen, kann er das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb eines Zeitraumes von 2 Monaten nach dem Änderungszeitpunkt durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von einem Monat ab Eintritt des Beendigungsgrundes schriftlich anzuzeigen.

Grundtarife für Beihilfeberechtigte - ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung - Tarife BB (BB10-50, BB20E, BB00) und BH (BH20-50)

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife BB und BH gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife BB10-50 und BH20-50 können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden aktiven sowie pensionierten beihilfeberechtigten Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge aufgenommen werden. Ferner sind berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner aufnahmefähig.

Nach Tarif BB20E können nur solche Personen versichert werden, deren Beihilfebemessungssatz sich bei Eintritt des Versorgungsfalls von 50 % auf 70 % erhöht. Er kann ferner nur gemeinsam mit Tarif BB30 abgeschlossen werden. Bei Wegfall dieser Voraussetzung ist der Versicherungsschutz unter Anrechnung der erworbenen Rechte in bedarfsgerechte Tarife umzustellen, Nr. 5.2 gilt entsprechend. Mit Eintritt des Versorgungsfalls entfällt der Tarif BB20E.

Versicherungsfähigkeit nach Tarif BB00 besteht unter den in Nr. 8.5 genannten Voraussetzungen.

2. Erstattungsprozentsätze

2.1 Versicherbare Erstattungsprozentsätze

Die vereinbarten Erstattungsprozentsätze dürfen zusammen mit dem für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

2.2 Tarife

Tarif	Erstattungssatz für Vorsorge, ambulante Heilbehandlung einschließlich zahnärztliche Behandlung und ambulante Kuren	Erstattungssatz für stationäre Behandlung, einschließlich Sanatoriumsbehandlung
BB10	10 %	10 %
BB15	15 %	15 %
BB20	20 %	20 %
BB20E	20 %	20 %
BB25	25 %	25 %
BB30	30 %	30 %
BB35	35 %	35 %
BB40	40 %	40 %
BB45	45 %	45 %
BB50	50 %	50 %
BH20	20 %	15 %
BH25	25 %	15 %
BH30	30 %	15 %
BH35	35 %	20 %
BH40	40 %	25 %

BH45	45 %	30 %
BH50	50 %	35 %

BB00 Die Erstattungssätze nach Tarif BB00 ergeben sich aus Nr. 8.5.1.

3. Versicherungsleistungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweils versicherten Prozentsätzen.

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungspflegern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Ambulante Behandlung, ausgenommen zahnärztliche Behandlung, in der Bundesrepublik Deutschland

Die Erstattung richtet sich - ausgenommen Entziehungsmaßnahmen (s. Nr. 3.2.5 und 3.2.6) - nach § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013.

Aufwendungen für eine ambulante Anschlussheilbehandlung in einer hierauf spezialisierten Einrichtung sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nach mit der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Vereinbarungen abgerechnet werden.

Aufwendungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig.

Als medizinisch notwendige Heilbehandlung gilt auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch; das ist der Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer oder kriminologischer Indikation.

3.2.1 Geburtshäuser

Bei ambulanter Entbindung in einem Geburtshaus ist neben den Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers die Betriebskostenpauschale bis zu den im jeweils geltenden Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung (Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen) festgelegten Sätzen erstattungsfähig. Mindestens erstattungsfähig sind jedoch die jeweils beihilfefähigen Vergütungssätze.

3.2.2 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege durch geeignete Pflegefachkräfte, soweit sie nach einer Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat, abgerechnet werden. Mindestens erstattungsfähig sind jedoch die jeweils beihilfefähigen Vergütungssätze.

Die häusliche Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische medizinische Leistungen, die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans und auf die Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung bestehender Krankheit oder Beschwerden gerichtet sind (z. B. Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen).

3.2.3 Ambulante Palliativversorgung

Bei einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und zugleich begrenzter Lebenserwartung sind Aufwendungen für ärztlich verordnete palliativ-medizinische

Leistungen (insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle) einschließlich ihrer Koordination erstattungsfähig, wenn sie von geeigneten Fachkräften palliativ-medizinischer Einrichtungen erbracht wird. Dies umfasst auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen, die entsprechend der Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat, abgerechnet werden, mindestens jedoch in Höhe der jeweils beihilfefähigen Vergütungssätze.

3.2.4 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie (ambulante Betreuung von Personen mit schweren psychischen Störungen) durch Leistungserbringer mit Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse sind erstattungsfähig, wenn

- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden bzw. verkürzt wird oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist,

- die Soziotherapie von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet ist und

- ein soziotherapeutischer Betreuungsplan vorliegt.

Ein Anspruch besteht für bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren bis zur Höhe der beihilfefähigen Vergütungssätze.

3.2.5 Ambulante Entziehungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulante Entziehungsmaßnahmen maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten.

3.2.6 Ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine nach Beendigung einer stationären Entziehungsmaßnahme medizinisch notwendige ambulante Nachsorgebehandlung maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von bis zu 6 Monaten.

Zum Beihilfebemessungssatz gewährte Beihilfeleistungen gelten nicht als anderweitiger Anspruch im Sinne von § 5 Nr. 2 a) Teil II AVB/KK 2013.

3.2.7 Vorsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen
- medizinisch notwendige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen.

Als medizinisch notwendige Schutzimpfungen gelten insbesondere diejenigen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.

3.2.8 Leistungen von Heilpraktikern

sind erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

3.2.9 Arznei- und Verbandmittel

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Satz 2 Teil II AVB/KK 2013 sind auch Harn- und Bluttestreifen, notwendige Sensoren zur kontinuierlichen Blutzuckermessung, Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nährmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, erstattungsfähig.

3.2.10 Heilmittel

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 d) Teil II AVB/KK 2013 sind medizinisch notwendige ergotherapeutische, podologische Behandlungen und Ernährungstherapie erstattungsfähig.

Aufwendungen für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Frühförderstellen sind erstattungsfähig, sofern Vergütungspauschalen nach einem Versorgungsvertrag der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden. Kein Anspruch besteht, soweit - die zuständige Beihilfestelle ausgenommen - ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.

3.2.11 Sehhilfen, sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

Sehhilfen sind in Erweiterung von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013, unabhängig von der Anzahl, erstattungsfähig bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal

600 EUR

innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren gerechnet ab Versicherungsbeginn.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 sind Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

In Erweiterung von § 4 Nr. 2 e) Satz 6 Teil II AVB/KK 2013 sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch und Reparatur von sonstigen Hilfsmitteln, Behandlungs- und Kontrollgeräten ohne Begrenzung der Anzahl erstattungsfähig.

3.3 Ambulante Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

3.3.1 Erstattungsumfang

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

3.3.2 Gezielte Behandlung außerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine Behandlung im Ausland, außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten, diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen.

Diese Begrenzung gilt nicht, wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.

3.4 Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie in der Bundesrepublik Deutschland

Erstattungsfähig sind im Rahmen von § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 die Kosten für nachfolgende Leistungen.

3.4.1 Zahnbehandlung

einschließlich gesondert berechenbarer zahntechnischer Leistungen sowie professionelle Zahnreinigung und sonstige Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt.

3.4.2 Zahnersatz

einschließlich gesondert berechenbarer zahntechnischer Leistungen.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer

Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädie
bei Kindern und Erwachsenen einschließlich gesondert berechenbarer zahntechnischer Leistungen.

3.4.4 Heil- und Kostenplan
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen vor medizinisch notwendiger Versorgung mit Zahnersatz oder Kieferorthopädie. Es ist zweckmäßig, diesen vor Beginn der Maßnahme einzureichen.

3.5 Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie im Ausland

3.5.1 Erstattungsumfang
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie im Sinne von Nr. 3.4, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

3.5.2 Gezielte zahnärztliche Heilbehandlung außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz
Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie im Ausland, außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten, diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären.

Diese Begrenzung gilt nicht, wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.

3.6 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

3.6.1 Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der EU, des EWR und der Schweiz
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige teil- oder vollstationäre Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt, nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (siehe Nr. 3.2, Satz 4) einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und -entbindungspflegern nach Maßgabe von § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 (Entziehungsmaßnahmen siehe Nr. 3.6.2).

Nicht erstattungsfähig sind, abweichend von § 4 Nr. 4 b) Teil II AVB/KK 2013, die Aufwendungen für privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen).

In Erweiterung von § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für teil- oder vollstationäre Heilbehandlung - ausgenommen Wahlleistungen - auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet werden.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im Ausland werden sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas die Aufwendungen der niedrigsten Preisklasse für Krankenhausleistungen des jeweiligen Krankenhauses inklusive ärztlicher Leistungen übernommen, in einem Land der EU bzw. einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

3.6.2 Stationäre Entziehungsmaßnahmen
Erstattungsfähig sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 und Nr. 3.6.1 des Tarifs die Aufwendungen für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren mit einer Dauer von bis zu acht Wochen.

Die medizinisch notwendige stationäre Entgiftung sowie der qualifizierte Entzug sind erstattungsfähig; sie gelten nicht als Entziehungsmaßnahme im Sinne von § 5 Abs. 1b) Teil I und § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013.

Zum Beihilfebemessungssatz gewährte Beihilfeleistungen gelten nicht als anderweitiger Anspruch im Sinne von § 5 Nr. 2 a) Teil II AVB/KK 2013.

3.6.3 Stationäre Heilbehandlung außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz

Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine teil- oder vollstationäre Behandlung im Ausland, außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt auch für Entbindungen.

Diese Begrenzung gilt nicht, wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist.

3.6.4 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung von § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in einer gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern. Der Zeitraum kann auch länger sein, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie).

3.6.5 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen hierfür Kosten, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.6.6 Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger vollstationärer Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für die beim Versicherer bestehenden Krankheitskostentarife der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die vollstationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der vollstationären Heilbehandlung.

3.6.7 Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 Nr. 3 c) Teil II AVB/KK 2013 entsteht der erstmalige Erstattungsanspruch für Behandlungen, die nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Versicherungsjahren erfolgen, und danach jeder weitere jeweils nach Ablauf von drei Versicherungsjahren seit Abschluss der letzten Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.

Erstattungsfähig sind je Kur die nachstehend genannten Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal

1.800 EUR

1 Ambulante Kurbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen (einschließlich Kurplan) sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.2.9 und 3.2.10.

2 Stationäre Kurbehandlung

Ergänzend zu § 5 Nr. 3 b) Teil II AVB/KK 2013 sind die Kosten für die Unterkunft inkl. Verpflegung in einer Kurklinik, ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.2.9 und 3.2.10 erstattungsfähig.

3 Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Die Leistungen der Beihilfe gelten nicht als Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger im Sinne von § 5 Absatz 1d) Teil I AVB/KK 2013.

3.7 Transportkosten

Ergänzend zu den Transportkosten nach § 4 Nr. 2 g) Teil II AVB/KK 2013 und § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 sind Transporte (auch Krankenfahrten) zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls zur Erstversorgung sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig.

Gilt für stationäre Aufwendungen ein erhöhter Beihilfebemessungssatz, der nach den einschlägigen Beihilfevorschriften nicht auf die Kosten für den Transport zur stationären Behandlung anzuwenden ist, erstattet der Versicherer diese Kosten zum tariflichen Erstattungssatz für ambulante Leistungen.

4. Optionsrechte

Der Versicherungsnehmer kann nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen und zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person den Neuabschluss eines bedarfsgerechten und beihilfekonformen Tarifs W für stationäre Wahlleistungen und/oder eines zu diesem Tarif zugelassenen Beihilfe-Ergänzungstarifs ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten verlangen. Etwaige bereits vereinbarte besondere Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss) gelten entsprechend auch für den/die hinzukommenden Tarif(e).

Nach Ausübung des Optionsrechts ist für den/die jeweils hinzukommenden Tarif(e) der gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter zu zahlen.

Dieses Optionsrecht gilt nicht

- für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer Annahmeverpflichtung des Versicherers zustande gekommen ist bzw.
- wenn der bisher bestehende Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe 100 % nicht erreicht oder übersteigt;
- für Personen ab Alter 51 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr).

4.1 Zeitlich festgelegte Option

Der Versicherungsnehmer kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, das auf das 5., 10. und 15. Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer nach einem Tarif BB oder BH folgt, von dem Optionsrecht Gebrauch machen. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 Option bei Verbeamtung

Wird eine versicherte Person erstmals zum Beamten auf Probe bzw. Beamten auf Zeit ernannt, kann der Versicherungsnehmer für diese Person vom Optionsrecht Gebrauch machen. Voraussetzung ist, dass der Antrag innerhalb von zwei Monaten seit der Übergabe der Ernennungsurkunde beim Versicherer eingeht. Die Versicherung nach dem jeweils gewünschten Tarif erfolgt zum Ersten des Folgemonats nach Antragseingang.

5. Änderung des Beihilfeanspruchs

5.1 Erhöhung des Beihilfeanspruchs

Erhöht sich für eine versicherte Person der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers der Änderung entsprechend zum Änderungstermin angepasst, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt wird.

Wird der Antrag später gestellt, erfolgt die Herabsetzung zum Zeitpunkt des Zugangs der entsprechenden Mitteilung beim Versicherer.

Besondere Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

5.2 Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch vollständig, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes und der Beiträge) im Rahmen der beim Versicherer bestehenden Tarife.

Die Anpassung erfolgt unter folgenden Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten:

- der Antrag auf Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung zum Änderungszeitpunkt beim Versicherer gestellt,

- für die beantragten Leistungen bestand bereits unmittelbar vor der Änderung Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Tarife,

- der Versicherungsschutz wird nur soweit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Vereinbarte Besondere Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

Wird der Antrag nach Ablauf von sechs Monaten seit der Änderung gestellt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Hinsichtlich der Mehrleistungen kann die Annahme von Besonderen Bedingungen (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss, Wartezeit) abhängig gemacht werden.

Wird die versicherte Person mit Wegfall des Beihilfeanspruchs versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das vorbestehende Versicherungsverhältnis in eine Zusatzversicherung umgestellt wird. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden. Im Übrigen gelten § 13 Absatz 3 und 11 Teil I AVB/KK 2013.

6. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

6.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht nach § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils 6 Monaten.

6.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas, der EU bzw. des EWR von mehr als sechs Monaten

In Erweiterung hierzu verlängert sich der Versicherungsschutz, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Dies setzt jedoch voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der sechs Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen.

Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 6.1 und 6.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

6.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person gegen angemessenen Beitragszuschlag eine § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 ergänzende Vereinbarung treffen, nach der auf die Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen wären (deutsches Kostenniveau), verzichtet wird.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Ablauf von 6 Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.

6.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt: Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 (2) Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den in § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 genannten Voraussetzungen ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif W und nach für den Neuzugang geöffneten Beihilfeergänzungstarifen auch dann möglich, wenn ein solcher für kein Elternteil vereinbart ist.

6.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

6.3.1 Innerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in diesem Land stehen.

6.3.2 Außerhalb des Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung

ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert wird.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht.

6.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

6.5 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

7. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

7.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

8. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

8.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

8.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

8.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

8.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 8.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrages bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 5 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend. Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs ist unter den in Nr. 8.5 geregelten Voraussetzungen, die Weiterführung der Versicherung nach Tarif BB00 möglich.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

8.5 Tarif BB00 - Besondere Bedingungen bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an den Vorbereitungsdienst

Wird eine nach Nr. 8.1 versicherte Person unmittelbar nach erfolgreicher Beendigung der Ausbildung vorrübergehend arbeitslos, kann das Versicherungsverhältnis abweichend von Nr. 8.4 für die Dauer von maximal zwölf Monaten nach Tarif BB00 weitergeführt werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann, abweichend von Nr. 1 der Tarife W für die Dauer der Versicherung nach Tarif BB00 auch ein bereits vereinbarter Tarif W mit einem

Erstattungsprozentsatz von 100 % fortgeführt werden. Dies gilt entsprechend für die Mitversicherung von Ehegatten bzw. Lebenspartnern sowie Kindern des Beamtenanwärters, die bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit des Beamtenanwärters beim Versicherer im Rahmen eines beihilfekonformen Tarifs versichert waren. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person kein Anspruch auf Beihilfe und keine Mitgliedschaft oder Anspruch auf Familienversicherung in der GKV besteht. Die Umstellung erfolgt unter Anrechnung der erworbenen Rechte ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten rückwirkend zum Beginn der Arbeitslosigkeit, wenn der Antrag auf Umstellung innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Ausbildung beim Versicherer eingeht.

Im Übrigen gelten die Regelungen nach Nrn. 2 bis 7.

8.5.1 Erstattungssatz

Die nach Nr. 3 erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt

- für ambulante, stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung zu 100 %,
- für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Sinne von Nr. 3.4.2 und 3.4.3 zu 50 %.

8.5.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet, nach Nr. 8.3. Bis zu diesem Zeitpunkt wird der Tarif weiter durch ein anhängendes "B" gekennzeichnet. Ab Beginn des Folgemonats, ist der dem erreichten Alter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. Entsprechendes gilt für neben der Versicherung nach Tarif BB00 bestehende Tarife W.

8.5.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Tarif BB00 und Umstellung

Mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, spätestens aber mit Ablauf von zwölf Monaten seit Ausbildungsende, wird die Versicherung auch für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder, unter Anrechnung ggf. erworbener Rechte ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter in dem bzw. den bei Ausbildungsende vereinbarten Tarife(n) fortgesetzt.

Besteht weiterhin kein Beihilfeanspruch oder ist der bisherige Versicherungsschutz nicht mehr bedarfsgerecht, gilt Nr. 5 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend.

Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB1

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind

- aktive und pensionierte Beamte, Richter sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen und Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall haben,

- im Rahmen einer Anwartschaft, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner.

Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die jeweilige Person beim Versicherer nach einem Grundtarif für Beihilfeberechtigte - Tarif BB oder BH - derart versichert ist bzw. wird, der dort vereinbarte Erstattungsprozentsatz gemeinsam mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % ergibt und die Person im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnt.

Neben einem Tarif BB00 kann Tarif EB1 nur als Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn der Leistungsanspruch nach dem für die versicherte Person vereinbarten Grundtarif wegen Beitragsverzug nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht.

Endet der Grundtarif, endet gleichzeitig auch Tarif EB1.

2. Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt die in den Nrn. 2.1.1 bis 2.1.8 genannten Leistungen sowie Nr. 2.2 nach den folgenden Maßgaben.

Erstattet werden die nach Anrechnung von Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften (Beihilfeleistungen), den Leistungen aus dem Grundtarif und einem etwaig vereinbarten Wahlleistungstarif verbleibenden Aufwendungen. Diese Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Über die Beihilfeleistung ist ein Nachweis vorzulegen, siehe auch Nr. 3.

Sofern nicht anders bestimmt, ist Leistungsvoraussetzung, dass für die jeweiligen Aufwendungen nach den Bestimmungen des Grundtarifs eine Vorleistung erbracht wird.

Wird für eine Leistung vorausgesetzt, dass die Aufwendungen beihilfefähig sein müssen, bedeutet dies, dass hierfür nachweislich Beihilfeleistungen erbracht werden.

Nicht erstattungsfähig sind

- in den gültigen Beihilfevorschriften festgelegte Zuzahlungen und Kostendämpfungspauschalen,

- Aufwendungen, für die nach den Bestimmungen des vereinbarten Grundtarifs kein Leistungsanspruch besteht, es sei denn, es ist etwas anderes bestimmt.

2.1 Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland

2.1.1 Honorarvereinbarung

Bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung durch Belegärzte gilt:

Erstattet werden verbleibende Mehrkosten aus einer rechtsgültigen Vereinbarung über eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Gebührenhöhe (Honorarvereinbarung), für die nur deshalb aus dem vereinbarten Grundtarif kein Leistungsanspruch oder kein Anspruch auf Beihilfe besteht, weil sie die Höchstsätze der gültigen Gebührenordnung übersteigen.

2.1.2 Häusliche Pflege

Ohne Vorleistung aus dem Grundtarif werden Aufwendungen für ärztlich verordnete medizinisch notwendige Grundpflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkauf, Kochen, Wohnungsreinigung), sofern diese beihilfefähig sind, entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, mindestens aber bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen, erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit besteht.

2.1.3 Vorsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

1 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen
Ambulante ärztliche Untersuchungen, die zur gezielten Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung erfolgen.

2 Schutzimpfungen
Medizinisch notwendige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen. Als medizinisch notwendig gelten insbesondere, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlenen Schutzimpfungen.

2.1.4 Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen einschließlich Osteopathie durch Heilpraktiker sind bis zu den Höchstbeträgen des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig, ferner die von einem Heilpraktiker verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

2.1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nicht beihilfefähige Arznei- und Verbandmittel, wenn sie nach dem Grundtarif erstattungsfähig sind.

2.1.6 Heilmittel

Erstattet werden die verbleibenden Aufwendungen für Heilmittel.
Dabei werden ohne Vorleistung aus dem Grundtarif
- Mehrkosten für medizinisch notwendige Hausbesuche sowie
- Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse für Schwangere

erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Teil I AVB/KK 2013 ist keine Verordnung erforderlich, wenn ein Geburtsvorbereitungskurs von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleitet wird.

2.1.7 Sehhilfen, sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen
Aufwendungen für Sehhilfen werden bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt

600 EUR

innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattet.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 sind Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte
Erstattet werden Aufwendungen für beihilfefähige medizinisch notwendige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Das umfasst Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch, Wartung und Reparatur.

2.1.8 Zahntechnische Leistungen, Zahnärztliche Leistungen zur Implantatversorgung

1 Zahntechnische Leistungen
Erstattet werden beihilfefähige gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung einschließlich Kieferorthopädie.

2 Zahnärztliche Behandlung zur Implantatversorgung
Erstattet werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen zur Versorgung mit Zahnimplantaten inkl. hierzu medizinisch notwendiger Knochenaufbaumaßnahmen sowie gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

2.1.9 Geburtspauschale

Bei einer Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer der versicherten Entbindenden ohne Kostennachweis eine Pauschale von

300 EUR.

2.1.10 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer beihilfefähiger ambulanter und stationärer Kuren ein Kurtagegeld von

30 EUR,

maximal jedoch für 28 Tage innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2.2 Heilbehandlung im Ausland

Ergänzend zu § 1 Abs. 4 Teil I und § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 besteht bei Auslandsreisen für bis zu 6 Monate Versicherungsschutz nach den Nrn. 2.2.1 bis 2.2.6.
Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person verlängert sich darüber hinaus, unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

2.2.1 Heilbehandlung während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlung, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.2.2 Leistungsbegrenzung bei gezielter Heilbehandlung im Ausland

Soweit nicht anders vereinbart, bleibt der Versicherer bei gezielter Heilbehandlung im Ausland höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Eine gezielte Heilbehandlung im Ausland liegt vor, wenn die Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung bzw. einer Entbindung einer der Gründe für den Auslandsaufenthalt ist.
Diese Begrenzung gilt nicht, soweit der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

2.2.3 Krankenrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland

Die Mehrkosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland werden in folgenden Fällen und unabhängig von einer Vorleistung aus dem Grundtarif erstattet,

- der Rücktransport ist medizinisch sowohl sinnvoll als auch vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;

- die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransports;

- nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Mehrkosten sind die Kosten für den Rücktransport, die etwaig ersparte Kosten für die geplante Rückreise übersteigen.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

2.2.4 Rückreise von Minderjährigen bei Verhinderung der Begleitperson

Kann die verantwortliche Begleitperson eines versicherten Minderjährigen wegen Krankheit, Unfall, Tod oder weil sie eine mitreisende Person begleiten muss, die Betreuung nicht mehr leisten und ist am Aufenthaltsort keine erwachsene Begleitperson anwesend, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers die Rückreise des Minderjährigen an einen Ort in Deutschland nach Wahl des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen. Hierfür übernimmt er die notwendigen Mehrkosten gegenüber der geplanten Rückreise, soweit erforderlich, trägt er auch die Kosten für eine Begleitperson nach Nr. 2.2.3 Satz 2. Die Aufwendungen sind unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs erstattungsfähig.

2.2.5 Überführung aus dem Ausland nach Deutschland

Im Falle des Tods einer versicherten Person während des Auslandsaufenthalts werden unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs die für eine Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland, bzw. in einem Land der EU bzw. des EWR entstandenen Kosten erstattet, maximal jedoch 12.000 EUR. Bis zu diesem Betrag erstattungsfähig sind auch die Kosten für eine Überführung an einen Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers bzw. des von ihm mitgeteilten Totenfürsorgeberechtigten, soweit hierdurch keine höheren Kosten entstehen. Voraussetzung ist, dass der Tod im Ausland bei Reisebeginn nicht vorsehbar war.

2.2.6 Leistungspflicht Dritter

Leistungsverpflichtungen Dritter aus Versicherungen oder Schutzbriefen gehen denen der R+V Krankenversicherung AG vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt der Versicherungsnehmer jedoch zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

3. Leistungsunterlagen

Ergänzend zu § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 ist gemeinsam mit dem Leistungsantrag ein Nachweis über die Vorleistung der Beihilfe (Kopie des Beihilfebescheids mit Anlagen) einzureichen, aus denen sich bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen insbesondere die grundsätzliche Höhe deren Beihilfefähigkeit ergeben muss. Erbringt die Beihilfe keine Leistungen, benötigt der Versicherer das Original des Kostenbelegs bzw. dessen Zweitschrift gemeinsam mit dem Ablehnungsbescheid der Beihilfestelle.

4. Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Ergänzend zu Nr. 5.2 des Grundtarifs bzw. Nr. 4.2 eines ggf. vereinbarten Wahlleistungstarifs gilt:
Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Zusatzversicherung bis zum Ablauf von drei Monaten ab Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

beantragen. Der Versicherer wird die Umstellung ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ggf. rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vornehmen, soweit der gewünschte Tarif keine Mehrleistungen enthält. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich für alle Leistungen gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr.3 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu 6 Monaten.

5.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas

Der Versicherungsschutz verlängert sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit, antreten kann.
Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 6 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen.

Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 5.1 und 5.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

5.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person eine von § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 abweichende Vereinbarung treffen, nach der er auf das Recht zur Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte (deutsches Kostenniveau) verzichtet.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das betreffende Land in Textform beim Versicherer gestellt wird. Der Versicherer kann die Vereinbarung befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags abhängig machen.

Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für einen vor Ablauf einer Befristung gestellten Antrag auf Verlängerung der Vereinbarung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Abs. 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt:
Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 (2) Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den Voraussetzungen des vorherigen Absatzes ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif EB auch dann möglich, wenn dieser für kein Elternteil vereinbart ist.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Abs. 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 Innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 Außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht.

5.4 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 % werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

6. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

6.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

6.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

6.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.
Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt in Textform zum Zeitpunkt der Änderung zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).
Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

7. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

7.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

7.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 7.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung ab Beginn des auf den Eintritt des Ereignisses folgenden Monats, ohne dass es

eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 4 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).

Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB2

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind

- aktive und pensionierte Beamte, Richter sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen und Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall haben,

- im Rahmen einer Anwartschaft, Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner.

Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die jeweilige Person beim Versicherer nach einem Grundtarif für Beihilfeberechtigte - Tarif BB oder BH - derart versichert ist bzw. wird, der dort vereinbarte Erstattungsprozentsatz gemeinsam mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % ergibt und die Person im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnt.

Neben einem Tarif BB00 kann Tarif EB2 nur als Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

Die Versicherungsfähigkeit entfällt, wenn der Leistungsanspruch nach dem für die versicherte Person vereinbarten Grundtarif wegen Beitragsverzug nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht.

Endet der Grundtarif, endet gleichzeitig auch Tarif EB2.

2. Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt die in den Nrn. 2.1.1 bis 2.2 genannten Leistungen nach den folgenden Maßgaben.

Erstattet werden die nach Anrechnung von Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften (Beihilfeleistungen), den Leistungen aus dem Grundtarif und einem etwaig vereinbarten Wahlleistungstarif verbleibenden Aufwendungen. Diese Leistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Über die Beihilfeleistung ist ein Nachweis vorzulegen, siehe auch Nr. 3.

Sofern nicht anders bestimmt, ist Leistungsvoraussetzung, dass für die jeweiligen Aufwendungen nach den Bestimmungen des Grundtarifs eine Vorleistung erbracht wird.

Wird für eine Leistung vorausgesetzt, dass die Aufwendungen beihilfefähig sein müssen, bedeutet dies, dass hierfür nachweislich Beihilfeleistungen erbracht werden.

Nicht erstattungsfähig sind

- in den gültigen Beihilfevorschriften festgelegte Zuzahlungen und Kostendämpfungspauschalen,

- Aufwendungen, für die nach den Bestimmungen des vereinbarten Grundtarifs kein Leistungsanspruch besteht, es sei denn, es ist etwas anderes bestimmt.

2.1 Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland

2.1.1 Häusliche Pflege

Ohne Vorleistung aus dem Grundtarif werden Aufwendungen für ärztlich verordnete medizinisch notwendige Grundpflege (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkauf, Kochen, Wohnungsreinigung), sofern diese beihilfefähig sind, entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, mindestens aber bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen, erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit besteht.

2.1.2 Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen einschließlich Osteopathie durch Heilpraktiker sind bis zu den Höchstbeträgen des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig, ferner die von einem Heilpraktiker verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

2.1.3 Heilmittel

Ergänzend zu den Leistungen des Grundtarifs werden beihilfefähige
- Mehrkosten für medizinisch notwendige Hausbesuche sowie
- Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse für Schwangere

erstattet. Dabei ist für diese Aufwendungen keine Vorleistung aus dem Grundtarif erforderlich.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Teil I AVB/KK 2013 ist keine Verordnung erforderlich, wenn ein Geburtsvorbereitungskurs von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleitet wird.

2.1.4 Sehhilfen, sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen werden bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt

300 EUR

innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn erstattet.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 sind Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Erstattet werden Aufwendungen für beihilfefähige medizinisch notwendige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Das umfasst Anschaffung, Wiederbeschaffung, Unterweisung im Gebrauch, Wartung und Reparatur bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt

3.000 EUR

innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn, sofern das Hilfsmittel beihilfefähig ist.

2.1.5 Zahntechnische Leistungen

Erstattet werden beihilfefähige gesondert berechenbare zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung einschließlich Kieferorthopädie.

2.2 Heilbehandlung im Ausland

Ergänzend zu § 1 Abs. 4 Teil I und § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 besteht bei Auslandsreisen für bis zu 6 Monate Versicherungsschutz nach den Nrn. 2.2.1 bis 2.2.6.
Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person verlängert sich darüber hinaus, unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

2.2.1 Heilbehandlung während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlung, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.2.2 Leistungsbegrenzung bei gezielter Heilbehandlung im Ausland
Soweit nicht anders vereinbart, bleibt der Versicherer bei gezielter Heilbehandlung im Ausland höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Eine gezielte Heilbehandlung im Ausland liegt vor, wenn die Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung bzw. einer Entbindung einer der Gründe für den Auslandsaufenthalt ist.
Diese Begrenzung gilt nicht, soweit der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

2.2.3 Krankenrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland
Die Mehrkosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland werden in folgenden Fällen und unabhängig von einer Vorleistung aus dem Grundtarif erstattet,

- der Rücktransport ist medizinisch sowohl sinnvoll als auch vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;

- die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransports;

- nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Mehrkosten sind die Kosten für den Rücktransport, die etwaig ersparte Kosten für die geplante Rückreise übersteigen.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

2.2.4 Rückreise von Minderjährigen bei Verhinderung der Begleitperson
Kann die verantwortliche Begleitperson eines versicherten Minderjährigen wegen Krankheit, Unfall, Tod oder weil sie eine mitreisende Person begleiten muss, die Betreuung nicht mehr leisten und ist am Aufenthaltsort keine erwachsene Begleitperson anwesend, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers die Rückreise des Minderjährigen an einen Ort in Deutschland nach Wahl des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen. Hierfür übernimmt er die notwendigen Mehrkosten gegenüber der geplanten Rückreise, soweit erforderlich, trägt er auch die Kosten für eine Begleitperson nach Nr. 2.2.3 Satz 2. Die Aufwendungen sind unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs erstattungsfähig.

2.2.5 Überführung aus dem Ausland nach Deutschland
Im Falle des Tods einer versicherten Person während des Auslandsaufenthalts werden unabhängig von einer Vorleistung des Grundtarifs die für eine Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland, bzw. in einem Land der EU bzw. des EWR entstandenen Kosten erstattet, maximal jedoch 12.000 EUR. Bis zu diesem Betrag erstattungsfähig sind auch die Kosten für eine Überführung an einen Ort nach Wahl des Versicherungsnehmers bzw. des von ihm mitgeteilten Totenfürsorgeberechtigten, soweit hierdurch keine höheren Kosten entstehen. Voraussetzung ist, dass der Tod im Ausland bei Reisebeginn nicht vorsehbar war.

2.2.6 Leistungspflicht Dritter

Leistungsverpflichtungen Dritter aus Versicherungen oder Schutzbriefen gehen denen der R+V Krankenversicherung AG vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt der Versicherungsnehmer jedoch zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

3. Leistungsunterlagen

Ergänzend zu § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 ist gemeinsam mit dem Leistungsantrag ein Nachweis über die Vorleistung der Beihilfe (Kopie des Beihilfebescheids mit Anlagen) einzureichen, aus denen sich bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen insbesondere die grundsätzliche Höhe deren Beihilfefähigkeit ergeben muss. Erbringt die Beihilfe keine Leistungen, benötigt der Versicherer das Original des Kostenbelegs bzw. dessen Zweitschrift gemeinsam mit dem Ablehnungsbescheid der Beihilfestelle.

4. Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Ergänzend zu Nr. 5.2 des Grundtarifs bzw. Nr. 4.2 eines ggf. vereinbarten Wahlleistungstarifs gilt:
Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Zusatzversicherung bis zum Ablauf von drei Monaten ab Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beantragen. Der Versicherer wird die Umstellung ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ggf. rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vornehmen, soweit der gewünschte Tarif keine Mehrleistungen enthält. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich für alle Leistungen gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr.3 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu 6 Monaten.

5.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas

Der Versicherungsschutz verlängert sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit, antreten kann.
Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 6 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen.

Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 5.1 und 5.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

5.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person eine von § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 abweichende Vereinbarung treffen, nach der er auf das Recht zur Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte (deutsches Kostenniveau), verzichtet.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das betreffende Land in Textform beim Versicherer gestellt wird. Der Versicherer kann die Vereinbarung befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags abhängig machen.

Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für einen vor Ablauf einer Befristung gestellten Antrag auf Verlängerung der Vereinbarung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Abs. 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt:
Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 (2) Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den Voraussetzungen des vorherigen Absatzes ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif EB auch dann möglich, wenn dieser für kein Elternteil vereinbart ist.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Abs. 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 Innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 Außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht.

5.4 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 % werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

6. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

6.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

6.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

6.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.
Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt in Textform zum Zeitpunkt der Änderung zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).
Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

7. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

7.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

7.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 7.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung ab Beginn des auf den Eintritt des Ereignisses folgenden Monats, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 4 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vgl. § 13 Abs. 4 Teil I AVB/KK 2013).

Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer - Tarife W1 (W110 bis W100 und W120E)

gültig ab 01.01.2024

Die Tarife W1 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden aktiven sowie pensionierten beihilfeberechtigten Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge aufgenommen werden. Ferner sind aufnahmefähig berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner. Die Tarife W1 können nur neben einem Tarif BB bzw. BH abgeschlossen bzw. fortgeführt werden. Endet für eine versicherte Person der Tarif BB oder BH, endet gleichzeitig auch der hierzu vereinbarte Tarif W1.

Nach Tarif W120E können nur solche Personen versichert werden, deren Beihilfebemessungssatz sich bei Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht. Er kann ferner nur gemeinsam mit dem Tarif W130 abgeschlossen werden. Bei Wegfall dieser Voraussetzung ist der Versicherungsschutz unter Anrechnung der erworbenen Rechte in bedarfsgerechte Tarife umzustellen, Nr. 4.2 gilt entsprechend. Mit Eintritt des Versorgungsfalls entfällt der Tarif W120E.

2. Erstattungsprozentsätze

2.1 Versicherbare Erstattungsprozentsätze

Die vereinbarten Erstattungsprozentsätze dürfen zusammen mit dem für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen. Darüber hinaus darf nur der Tarif W1 abgeschlossen werden, dessen Erstattungsprozentsatz gemeinsam mit dem Beihilfebemessungssatz nach der für den Versicherten jeweils geltenden Beihilfeverordnung für die Kosten der Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer 100 % ergibt.

2.2 Tarife

Tarif	Erstattungsprozentsatz
W110	10 %
W115	15 %
W120	20 %
W120E	20 %
W125	25 %
W130	30 %
W135	35 %
W150	50 %
W100	100 %

3. Versicherungsleistungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung - einschließlich stationärer Psychotherapie - sowie Entbindung, Fehlgeburt oder nicht rechtswidrigem

Schwangerschaftsabbruch ersetzt der Versicherer die nachfolgenden erstattungsfähigen Aufwendungen - soweit nicht anders geregelt - entsprechend den jeweils versicherten Prozentsätzen.

Nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche sind solche mit medizinischer oder kriminologischer Indikation.

3.1 Stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland, ausgenommen Entziehungsmaßnahmen

- **Privatärztliche Behandlung**
  Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen (Unterkunft, Verpflegung, Pflege und ärztliche Versorgung) gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung), auch wenn sie mit einer von der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden. Dies setzt voraus, dass der Liquidation eine entsprechende rechtsgültige Vereinbarung über die Höhe der Vergütung (Honorarvereinbarung) zugrunde liegt.

- **Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer**
  Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft).

- **Restkosten für Wahlleistungen**
  Erstattungsfähige Aufwendungen für privatärztliche Behandlung aufgrund einer Honorarvereinbarung oder für die Unterbringung im Einbettzimmer, die nach Anrechnung von Leistungen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und Leistungen aus diesem Tarif verbleiben, werden erstattet

  zu 100 %.

  Die Beihilfeleistung ist anhand einer Kopie des Beihilfebescheides nachzuweisen, aus dem auch der Beihilfebemessungssatz für die Unterkunft im Zweibettzimmer ersichtlich sein muss.

  Ergibt der tatsächliche Beihilfesatz für die Unterkunft im Zweibettzimmer gemeinsam mit dem Erstattungssatz des vereinbarten Tarifs weniger als 100 %, wird zur Ermittlung der Leistung für Restkosten statt der tatsächlich gewährten Beihilfe eine fiktive Beihilfeleistung angerechnet, die gemeinsam mit dem Erstattungsprozentsatz 100 % ergibt.

- **Rooming-in**
  Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif W1 versicherten Kindes werden die nach Anrechnung der Beihilfeleistung verbleibenden zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattet

  zu 100 %,

  wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

In Erweiterung von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2013 sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn das Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

3.2 Stationäre Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, ausgenommen Entziehungsmaßnahmen

3.2.1 Erstattungsumfang
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im Ausland sind die unter 3.1 genannten Leistungen mit der in Nr. 3.2.2 genannten Einschränkung erstattungsfähig, wenn sie zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen berechnet werden.

3.2.2 Gezielte Behandlung außerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und außerhalb der Schweiz
Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine Behandlung im Ausland, außerhalb der EU, eines Vertragsstaats des Abkommens über den EWR oder der Schweiz, wenn der Auslandsaufenthalt

zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen.

Diese Begrenzung gilt nicht, wenn der Versicherer die Kostenübernahme vorher schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist.

3.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung von § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt zur Anschlussheilbehandlung bis zu vier Wochen dauern. Der Zeitraum kann auch länger sein, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie).

3.4 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen

Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird, außer bei stationären Entziehungsmaßnahmen, je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei **Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft** (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten)

W110	12 EUR
W115	13 EUR
W120	14 EUR
W120E	14 EUR
W125	15 EUR
W130	16 EUR
W135	17 EUR
W150	20 EUR
W100	30 EUR

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag;

- bei **Verzicht auf privatärztliche Leistungen** (Chefarztbehandlung)

W110	4 EUR
W115	6 EUR
W120	8 EUR
W120E	8 EUR
W125	10 EUR
W130	12 EUR
W135	14 EUR
W150	20 EUR
W100	40 EUR

Bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr - reduziert sich das Ersatzkrankenhaustagegeld für den Verzicht auf privatärztliche Leistungen auf jeweils die Hälfte.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustaggeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

4. Änderung des Beihilfeanspruchs

4.1 Erhöhung des Beihilfeanspruchs

Erhöht sich für eine versicherte Person der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers der Änderung entsprechend zum Änderungstermin angepasst, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt wird.

Wird der Antrag später gestellt, erfolgt die Herabsetzung zum Zeitpunkt des Zugangs der entsprechenden Mitteilung beim Versicherer.

Besondere Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

4.2 Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch vollständig, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes und der Beiträge) im Rahmen der beim Versicherer bestehenden Tarife.

Die Anpassung erfolgt unter folgenden Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten:

- der Antrag auf Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung zum Änderungszeitpunkt beim Versicherer gestellt,
- für die beantragten Leistungen bestand bereits unmittelbar vor der Änderung Versicherungsschutz im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife,
- der Versicherungsschutz wird nur soweit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Vereinbarte Besondere Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

Wird der Antrag nach Ablauf von sechs Monaten seit der Änderung gestellt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Hinsichtlich der Mehrleistungen kann die Annahme von Besonderen Bedingungen (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss, Wartezeit) abhängig gemacht werden.

Wird die versicherte Person mit Wegfall des Beihilfeanspruchs versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das vorbestehende Versicherungsverhältnis in eine Zusatzversicherung umgestellt wird. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.

Im übrigen gelten § 13 Absatz 3 und 11 AVB/KK 2013.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht nach § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten.

5.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas, der EU bzw. des EWR von mehr als sechs Monaten

In Erweiterung hierzu verlängert sich der Versicherungsschutz, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der sechs Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen. Er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags abhängig zu machen.

Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 5.1 und 5.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

5.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers gegen angemessenen Beitragszuschlag für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person eine § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 ergänzende Vereinbarung treffen, nach der auf die Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen wären (deutsches Kostenniveau), verzichtet wird.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Ablauf von sechs Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt:
Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den in § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 genannten Voraussetzungen ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif W1 und/oder einem für den Neuzugang geöffneten Beihilfeergänzungstarif auch dann möglich, wenn ein solcher für kein Elternteil vereinbart ist.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 Innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in diesem Land steht.

5.3.2 Außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht.

5.4. Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 besteht bei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren kein Anspruch auf Leistungen.

Die medizinisch notwendige stationäre Entgiftung sowie der qualifizierte Entzug sind erstattungsfähig; sie gelten nicht als Entziehungsmaßnahme im Sinne von § 5 Absatz 1b) Teil I und § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013.

5.5 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Leistungen der Beihilfe gelten nicht als Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger im Sinne von § 5 Absatz 1d Teil I AVB/KK 2013.

5.6 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

6. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

6.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

6.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

6.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet

Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

7. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

7.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

7.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 7.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung, ab Beginn des auf das Ereignis folgenden Monats ohne dass es eines Antrags bedarf mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 4 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend. Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs ist unter den in Nr. 8.5 Tarif BB00 geregelten Voraussetzungen die Weiterführung der Versicherung nach Tarif W100 möglich.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer - Tarife W2 (W210 bis W200 und W220E)

gültig ab 01.01.2025

Die Tarife W2 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden aktiven sowie pensionierten beihilfeberechtigten Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge aufgenommen werden. Ferner sind aufnahmefähig berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner. Die Tarife W2 können nur neben einem Tarif BB bzw. BH abgeschlossen bzw. fortgeführt werden. Endet für eine versicherte Person der Tarif BB oder BH, endet gleichzeitig auch der hierzu vereinbarte Tarif W2.

Nach Tarif W220E können nur solche Personen versichert werden, deren Beihilfebemessungssatz sich bei Eintritt des Versorgungsfalls von 50 % auf 70 % erhöht. Er kann ferner nur gemeinsam mit Tarif W230 abgeschlossen werden. Bei Wegfall dieser Voraussetzung ist der Versicherungsschutz unter Anrechnung der erworbenen Rechte in bedarfsgerechte Tarife umzustellen, Nr. 4.2 gilt entsprechend. Mit Eintritt des Versorgungsfalls entfällt der Tarif W220E.

2. Erstattungsprozentsätze

2.1 Versicherbare Erstattungsprozentsätze

Die vereinbarten Erstattungsprozentsätze dürfen zusammen mit dem für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen. Darüber hinaus darf nur der Tarif W2 abgeschlossen werden, dessen Erstattungsprozentsatz gemeinsam mit dem Beihilfebemessungssatz nach der für den Versicherten jeweils geltenden Beihilfeverordnung für die Kosten der Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer 100 % ergibt.

2.2 Tarife

Tarif	Erstattungsprozentsatz
W210	10 %
W215	15 %
W220	20 %
W220E	20 %
W225	25 %
W230	30 %
W235	35 %
W250	50 %
W200	100 %

3. Versicherungsleistungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung - einschließlich stationärer Psychotherapie - sowie Entbindung, Fehlgeburt oder nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch ersetzt der Versicherer die nachfolgenden erstattungsfähigen

Aufwendungen - soweit nicht anders geregelt - entsprechend den jeweils versicherten Prozentsätzen.

Nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche sind solche mit medizinischer oder kriminologischer Indikation.

3.1 Stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland, ausgenommen Entziehungsmaßnahmen

- **Privatärztliche Behandlung**
  Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen (Unterkunft, Verpflegung, Pflege und ärztliche Versorgung) gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) in dem in § 4 Nr. 2 a) und 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 genannten Umfang.

- **Unterkunft im Zweibettzimmer**
  Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft).

- **Rooming-in**
  Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif W2 versicherten Kindes werden die nach Anrechnung der Beihilfeleistung verbleibenden zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsenen Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattet
  zu 100 %,
  wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

In Erweiterung von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2013 sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn das Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

3.2 Stationäre Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, ausgenommen Entziehungsmaßnahmen

3.2.1 Erstattungsumfang
Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung im Ausland sind die unter 3.1 genannten Leistungen mit der in Nr. 3.2.2 genannten Einschränkung erstattungsfähig, wenn sie zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen berechnet werden.

3.2.2 Gezielte Behandlung außerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz
Nicht erstattungsfähig sind Mehrkosten für eine Behandlung im Ausland, außerhalb der EU, eines Vertragsstaates des Abkommens über den EWR oder der Schweiz, wenn der Auslandsaufenthalt zum Zweck der Heilbehandlung erfolgt. Als Mehrkosten gelten diejenigen Kostenanteile, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland nicht angefallen wären. Dies gilt entsprechend auch für Entbindungen.

Diese Begrenzung gilt nicht, wenn der Versicherer die Kostenübernahme vorher schriftlich zugesagt hat. Hierzu verpflichtet er sich für den Fall, dass die medizinisch notwendige Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland nachweislich nicht oder nur teilweise durchführbar ist.

3.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung von § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt zur Anschlussheilbehandlung bis zu vier Wochen dauern. Der Zeitraum kann auch länger sein, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie).

3.4 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen

Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird, außer bei stationären Entziehungsmaßnahmen, je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- **bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft** (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten)

W210	2 EUR
W215	3 EUR
W220	4 EUR
W220E	4 EUR
W225	5 EUR
W230	6 EUR
W235	7 EUR
W250	10 EUR
W200	20 EUR

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag;

- **bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen** (Chefarztbehandlung)

W210	4 EUR
W215	6 EUR
W220	8 EUR
W220E	8 EUR
W225	10 EUR
W230	12 EUR
W235	14 EUR
W250	20 EUR
W200	40 EUR

Bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr - reduziert sich das Ersatzkrankenhaustagegeld für den Verzicht auf privatärztliche Leistungen auf jeweils die Hälfte.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3.5 Unterkunft im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 65 EUR von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen).

4. Änderung des Beihilfeanspruchs

4.1 Erhöhung des Beihilfeanspruchs

Erhöht sich für eine versicherte Person der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers der Änderung entsprechend zum Änderungstermin angepasst, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt wird.

Wird der Antrag später gestellt, erfolgt die Herabsetzung zum Zeitpunkt des Zugangs der entsprechenden Mitteilung beim Versicherer.

Besondere Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

4.2 Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch vollständig, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes und der Beiträge) im Rahmen der beim Versicherer bestehenden Tarife.

Die Anpassung erfolgt unter folgenden Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten:

- der Antrag auf Anpassung wird innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung zum Änderungszeitpunkt beim Versicherer gestellt,
- für die beantragten Leistungen bestand bereits unmittelbar vor der Änderung Versicherungsschutz im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife,
- der Versicherungsschutz wird nur insoweit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Vereinbarte Besondere Bedingungen (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.

Wird der Antrag nach Ablauf von sechs Monaten seit der Änderung gestellt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Hinsichtlich der Mehrleistungen kann die Annahme von Besonderen Bedingungen (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss, Wartezeit) abhängig gemacht werden.

Wird die versicherte Person mit Wegfall des Beihilfeanspruchs versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das vorbestehende Versicherungsverhältnis in eine Zusatzversicherung umgestellt wird. Für bisher nicht versicherte Leistungen kann ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss verlangt werden.

Im Übrigen gelten § 13 Absatz 3 und 11 AVB/KK 2013.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu 6 Monaten.

5.1.1 Vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas, der EU bzw. des EWR von mehr als sechs Monaten

In Erweiterung hierzu verlängert sich der Versicherungsschutz, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person innerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz befindet. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der sechs Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen. Er ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags abhängig zu machen.

Die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend für einen Antrag auf weitere Fortführung des Versicherungsverhältnisses zum Ablauf einer Befristung.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält. Dies ist dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises mitzuteilen.

Ergänzend zu 5.1 und 5.1.1. Satz 1 verlängert sich der Versicherungsschutz unabhängig von einem eingetretenen Versicherungsfall ohne Antrag und Beitragszuschlag für eine versicherte Person, wenn sie aufgrund von ihr nicht zu vertretenden und bei Reise in die betroffene Region nicht absehbaren Gründen die Rückreise nicht rechtzeitig antreten kann, solange bis sie die Rückreise antreten kann.

5.1.2 Leistungsumfang bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU bzw. des EWR außerhalb Deutschlands

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein anderes Land der EU bzw. des EWR wird der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers gegen angemessenen Beitragszuschlag für das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person eine § 1 Abs. 5 Teil I AVB/KK 2013 ergänzende Vereinbarung treffen, nach der auf die Begrenzung der Leistungen auf diejenigen, die bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen wären (deutsches Kostenniveau), verzichtet wird.

Voraussetzung ist, dass der Antrag vor Ablauf von sechs Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingeht.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 gilt:
Wurde der Antrag auf Versicherung nach diesem Tarif bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die in § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 genannte Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

Unter den in § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 genannten Voraussetzungen ist die Versicherung des Neugeborenen nach einem Tarif W1 und/oder einem für den Neuzugang geöffneten Beihilfeergänzungstarif auch dann möglich, wenn ein solcher für kein Elternteil vereinbart ist.

5.3 Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)

5.3.1 Innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in diesem Land stehen.

5.3.2 Außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land bzw. eine Region eines Landes, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung

ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht.

5.4. Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 besteht bei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren kein Anspruch auf Leistungen.

Die medizinisch notwendige stationäre Entgiftung sowie der qualifizierte Entzug sind erstattungsfähig; sie gelten nicht als Entziehungsmaßnahme im Sinne von § 5 Absatz 1b) Teil I und § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013.

5.5 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Leistungen der Beihilfe gelten nicht als Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger im Sinne von § 5 Absatz 1d Teil I AVB/KK 2013.

5.6 Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

6. Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler

6.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem anderen EU-Staat bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler, soweit und solange für sie Anspruch auf Beihilfe aus beamtenrechtlichen Vorschriften besteht. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "S" gekennzeichnet.

6.2 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassung bleiben hiervon unberührt.

6.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb eines Monats ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

7. Besondere Bedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

7.1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind beihilfeberechtigte Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. berücksichtigungsfähige Lebenspartner, wenn sie nicht berufstätig oder nur geringfügig beschäftigt sind, jeweils bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres. Für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird der jeweilige Tarif durch ein angehängtes "B" gekennzeichnet.

7.2 Wartezeiten

Die Wartezeiten nach § 3 Teil I AVB/KK 2013 entfallen.

7.3 Beiträge

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 16-20, 21-25, 26-30, 31-34 und 35-39 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab dem 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen bleiben hiervon unberührt.

7.4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen und Umstellung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Vorbereitungsdienst endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem eine Berufstätigkeit (siehe Nr. 7.1) aufgenommen wird.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt des Ereignisses in Textform anzuzeigen.

Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer später Kenntnis, wird die Versicherung, ab Beginn des auf den Eintritt des Ereignisses folgenden Monats ohne dass es eines Antrags bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Erhöht oder vermindert sich gleichzeitig mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, gilt Abschnitt Nr. 4 "Änderung des Beihilfeanspruchs" entsprechend. Bei Wegfall des Beihilfeanspruchs ist unter den in Nr. 8.5 Tarif BB00 geregelten Voraussetzungen die Weiterführung der Versicherung nach Tarif W 200 möglich.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Änderungszeitpunkt zum Zeitpunkt der Änderung in Textform zu kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013).

Tarif SG 1U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif SG 1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif SG 1U endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BPflV

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel aus Wahltarifen) oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

zu 100 %

für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet werden.

Erstattet werden auch ärztliche Leistungen, die mit einer von der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden, sofern eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall:

a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

   Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

   Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegelds für den Verzicht auf die Belegung eines gesondert berechenbaren Zimmers als ein Krankenhaustag.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR).

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BPflV

3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BPflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR) gezahlt.

3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Krankenhaustagegelds, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

6. Beitragsfreistellung

Dauert ein entschädigungspflichtiger Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherte in diesem Tarif für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Vertragsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

7. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser

Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif SG 2U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2025

Der Tarif SG 2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustageld-Versicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif SG 2U endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BPflV

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel aus Wahltarifen) oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

zu 100 %

für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet werden.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall:

a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistungen gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 20 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR).

b) Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegelds für den Verzicht auf die Belegung eines gesondert berechenbaren Zimmers als ein

Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BPflV

3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BPflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR) gezahlt.

Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nr. 2.1) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR) gezahlt.

3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nr. 2.1) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Krankenhaustagegelds, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 65 EUR von den im Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (Selbstbehalt).

Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nummern 2.1, 3.1, 3.2) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, werden auch für die Unterkunft im Einbettzimmer keine Leistungen erbracht. Die ärztlichen Leistungen werden im tariflichen Umfang erstattet.

5. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

6. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung nach § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

7. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser

Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif 10U - Krankenhaustagegeld

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif 10U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

1.2 Das Krankenhaustagegeld muss mindestens 10 EUR betragen und darf bei Minderjährigen 60 EUR nicht übersteigen.

2. Versicherungsleistungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird gezahlt:

- das versicherte Krankenhaustagegeld für jeden Tag ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung.

Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

3. Teilstationäre Behandlung

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Beiträge

Die monatliche Beitragsrate verdoppelt sich für den Teil des Krankenhaustagegeldes, der 60 EUR bei Erwachsenen und 30 EUR bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre übersteigt.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif EG 3U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif EG 3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 3U endet mit dem Wegfall dieser Voraussetzung.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Bei den Nrn. 2.1 und 2.4 sind Erstattungen auch ohne Vorleistung der GKV vorgesehen.

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 80 % des Rechnungsbetrags, maximal 160 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen. Dies gilt entsprechend für die Vorleistung eines etwaigen anderen Versicherungsträgers.

Entsprechend § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 wird die Leistung höchstens für eine Sehhilfe im Kalenderjahr gewährt.

2.2 Krankenhaustagegeld

a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird ein Krankenhaustagegeld von 13 EUR für jeden Tag, für den die GKV leistet, gezahlt, längstens für 28 Tage im Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Krankenhaustagegelds nach a), bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) Bei einer stationären Psychotherapie im Ausland wird nach diesem Tarif nicht geleistet.

d) Sollte der Betrag, der nach § 39 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - 5. Buch (V) täglich vom Versicherten selbst zu tragen ist, den in a) genannten Betrag übersteigen, wird die tarifliche Leistung bei der nächstfolgenden Beitragsanpassung nach § 8 b AVB/KK 2013 dem neuen Betrag nach SGB V angepasst. Entsprechendes gilt, wenn sich die maximale Zuzahlungsdauer nach § 39 Absatz 4 SGB V ändert.

2.3 Kurtagegeld

a) Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur für den Zeitraum, für den die GKV leistet, ein Kurtagegeld von 13 EUR, längstens für 21 Tage.

b) Die Höhe des Kurtagegelds nach a) wird der jeweiligen Höhe des Krankenhaustagegelds entsprechend Nummer 2.2 d) angepasst.

2.4 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) **Heilbehandlung im Ausland**
durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

ab) **Arznei- und Heilmittel**;

ac) **zahnärztliche Leistungen**
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;

ad) **stationäre Heilbehandlung**
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;

ae) **Transporte**
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;

af) **Rücktransportkosten**
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt nach aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an dem ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.

Die notwendigen Kosten für eine ebenfalls beim Versicherer für Auslandsreisen krankenversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gemäß aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.

ag) **Bestattungskosten, Überführungskosten**
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

ah) **Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer**
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthalts und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthalts sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des Rücktransportes nach af) bzw. der Bestattung/Überführung nach ag).

b) Keine Leistungspflicht besteht

ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;

bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.

c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/KK 2013 gilt:

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthalts gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/KK 2013 entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

3. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif EG 4U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif EG 4U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 4U endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 100 % des Rechnungsbetrags, maximal 200 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen. Dies gilt entsprechend für die Vorleistung eines etwaigen anderen Versicherungsträgers.

Die Leistung wird höchstens für eine Sehhilfe innerhalb von jeweils zwei Kalenderjahren gewährt.

2.2 Krankenhaustagegeld

a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Krankenhaustagegelds nach a), bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) Bei einer stationären psychotherapeutischen Behandlung wird nach diesem Tarif nicht geleistet.

2.3 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung einer gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung ein Kurtagegeld von 15 EUR.

2.4 Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) werden zu 40 % ersetzt.

2.5 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen

einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) **Heilbehandlung im Ausland**
durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

ab) **Arznei- und Heilmittel**;

ac) **zahnärztliche Leistungen**
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;

ad) **stationäre Heilbehandlung**
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;

ae) **Transporte**
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;

af) **Rücktransportkosten**
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt nach aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an dem ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt nach aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.

ag) **Bestattungskosten, Überführungskosten**
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

ah) **Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer**
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grads zum Ort des Krankenhausaufenthalts und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines

Business-class-Flugs übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthalts sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des Rücktransports nach af) bzw. der Bestattung/Überführung nach ag).

b) Keine Leistungspflicht besteht

ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;

bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.

c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn in den anderweitigen Versicherungsbestimmungen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.

d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/KK 2013 gilt:

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthalts gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/KK 2013 entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

3. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif AGU - Kostenerstattung ambulant

Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif AGU gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AGU endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer ein entsprechender Nachweis vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV
Die erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden für

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und verordneter Arznei- und Heilmittel,

- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

zu 80 %

der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,

- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV
Hat die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie zu 40 % ersetzt. Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,

- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,

- Aufwendungen für Kieferorthopädie sowie Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

3. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarife ZE 30U, ZE 40U - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife ZE 30U, ZE 40U gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife ZE 30U, ZE 40U können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach diesen Tarifen endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenkasse oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes werden ersetzt im Tarif

ZE 30U	zu 30 %
ZE 40U	zu 40 %

für zahnärztliche persönliche Leistungen und für zahntechnische Laborleistungen, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

b) Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).

Nicht versichert sind im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werdende vorbereitende, diagnostische und therapeutische Leistungen.

c) Vor Beginn einer Zahnersatz-Maßnahme ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahme vorgelegt, oder hat der Versicherer vor Beginn der Maßnahme keine Zusage erteilt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in Höhe von 50 % der tariflichen Leistungen erstattet.

3. Beiträge

Abweichend von § 8 Nr. 1 b) Teil II AVB/KK 2013 richten sich die Beiträge dieser Tarife nach dem Eintrittsalter der versicherten Person.

4. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Blick + Check premium (BC1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif BC1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Blick + Check comfort (BC2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif BC2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Blick + Check classic (BC3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif BC3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC3U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1)

zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Klinik premium (K1U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif K1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.9 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPflV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren

  zu 100 %;

- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)

  zu 100 %;

- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden

  zu 100 %;

- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat

  zu 100 %.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtwirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 30 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPflV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.2.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr

zu 90 %.

Auf den Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.7, 2. Alternative, angerechnet.

Für Liquidationen inländischer Ärzte gilt Nr. 2.1.1 Satz 2. Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.3.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2.3.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 90 %.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2 bzw. 2.3 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.5 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K1U versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.6 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.7 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2013 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt:

- **Nach Vorleistung der GKV:**
  die verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

  zu 100 %;

- **ohne Vorleistung der GKV:**
  die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr

  zu 90 %.

  Auf diesen Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.2.2 angerechnet.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.8 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.9 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport

  a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder

  b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder

  c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

  Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K1U der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Klinik comfort (K2U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2025

Der Tarif K2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.11 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPflV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
  zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
  zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
  zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
  zu 100 %.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPflV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.2.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.

2.3 Behandlung im Einzelzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 65 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.4 Psychotherapie

Bei stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.5.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2.5.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 70 %.

2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2.1 bzw. 2.5 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.7 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K2U versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.8 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als zwei Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.9 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2013 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt, die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

zu 100 %;

medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.10 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.11 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport

  a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder

b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder

c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K2U der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Klinik classic (K3U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen

gültig ab 01.01.2025

Der Tarif K3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K3U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ausgenommen sind Personen, die mehr als 50 % ihres Einkommens aus der Ausübung einer Sportart beziehen (Berufssportler, Sportprofis).

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.2 bis 2.10 aufgeführten Leistungen ausschließlich für medizinisch notwendige Heilbehandlung, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls erforderlich wird.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Unfallbegriff

2.1.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Darüber hinaus gilt als Unfall eine durch Zeckenbiss übertragene Infektion, wenn die Infektion frühestens einen Monat nach Beginn der Versicherung nach diesem Tarif erstmals ärztlich festgestellt wird.

2.1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht sind durch:

a) Trunkenheit oder Einnahme von Rauschmitteln;

b) Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, es sei denn, diese Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht;

c) die Teilnahme als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

d) die Ausübung von Extremsportarten, wie z. B.: Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Freitauchen, B.A.S.E.jumping, Freeclimbing, Boxen, Thai-, Kickboxen und Vollkontaktkarate sowie andere, ebenso risikoreiche Sportarten;

e) sowie für Unfälle, die bei Ausführung oder Versuch einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person geschehen.

2.1.3 Versicherungsschutz besteht ferner nicht für:

a) Infektionskrankheiten infolge von Insektenstichen oder -bissen (siehe hierzu aber Nr. 2.1.1 Satz 3);

b) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt einer Vergiftung das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

c) Heilbehandlung oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, die nicht durch einen Unfall veranlasst sind;

d) Bauch- oder Unterleibsbrüche;

e) Schäden an Bandscheiben;

f) Behandlungen infolge von Unfällen, die sich vor Vertragsabschluss ereignet haben.

2.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPflV

2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
  zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
  zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden,
  zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
  zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft als ein

Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPflV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.3.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.

2.4 Behandlung im Einzelzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 65 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.5 Psychotherapie

Bei unfallbedingter stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.6 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.6.1 **Nach Vorleistung der GKV**:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2.6.2 **Ohne Vorleistung der GKV**:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 70 %.

2.7 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operationen nach Nr. 2.6 medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.6 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.8 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K3U versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.9 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als zwei Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.10 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport

  a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder

  b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder

  c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

  Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen

- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K3U der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Zahn premium (Z1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif Z1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 90 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR

  zu 90 %;

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsorts entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung, bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung;
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Zahn comfort (Z2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif Z2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 70 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 70 %;

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

  zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsorts entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Zahn classic (Z3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif Z3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z3U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, vorausgesetzt die Maßnahme wurde erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Höhe der Leistungen

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen. Erstattet werden jedoch höchstens die nach Anrechnung von Leistungen der GKV und Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung,

jeweils im Original.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Premium plus (P1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif P1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 90 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR

  zu 90 %

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit die den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P1U versicherten Leistungen werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;

- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Comfort plus (P2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif P2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen..

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 70 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,

- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 70 %

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

  zu 70 %.

  Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit die den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;

- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1) sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser

Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Classic plus (P3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif P3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P3U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen. Erstattet werden jedoch höchstens die nach Anrechnung Leistungen der GKV und Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung,

jeweils im Original.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1)

zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, (siehe Nr. 2.1) sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif NaturMedizin (N1U) Zusatzversicherung für ambulante Behandlung mittels Naturheilverfahren

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif N1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif N1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif N1U versicherten Leistungen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Ärzte, einschließlich der Ärzte in Krankenhausambulanzen und in zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen Versorgungszentren, oder Heilpraktiker mittels Naturheilverfahren sowie der hierzu von einem Arzt oder Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel:

- innerhalb der ersten 2 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 400 EUR

  zu 80 %;

- ab dem dritten Kalenderjahr seit Versicherungsbeginn innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.400 EUR

  zu 80 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

Die Honorare für Leistungen von Heilpraktikern sind, abweichend von § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013, bis zu den Höchstsätzen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

2.1 Naturheilverfahren

Als erstattungsfähige Naturheilverfahren im Sinne dieses Tarifs gelten in Erweiterung von § 4 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2013 alle im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Verfahren sowie die Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Rahmen einer solchen Behandlung von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Zuzahlungen nach §§ 31, 61 SGB V;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Mitglieder premium (M1U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.01.2023

Tarif M1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M1U versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2013 endet die Versicherung nach Tarif M1U mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M1U ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P1U und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 3.3 bei der Erstattung abgezogen.

3.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 90 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

3.5 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

zu 100 %.

Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3.6 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen

zu 100 %,

- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind)

  zu 100 %,

  sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.6 erforderlich sind

  zu 100 %.

3.7 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR

  zu 90 %

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3.8 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.7.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsorts entsprechen.

3.9 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistung der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch

einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.

4.1 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

4.2 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen (z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen) unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren, siehe Nr. 4 Satz 1

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik) sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

4.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1)

zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;

- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 3.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Mitglieder comfort (M2U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.01.2023

Tarif M2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M2U versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2013 endet die Versicherung nach Tarif M2U mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M2U ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P2U und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden nach Nr. 3.3 bei der Erstattung abgezogen.

3.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 70 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt jedoch mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

3.5 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

zu 100 %.

Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3.6 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen

zu 100 %,

- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind)

  zu 100 %,

  sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.6 erforderlich sind

  zu 100 %.

3.7 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

  zu 70 %

- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

  zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3.8 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.7.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

3.9 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;

- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistungen der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.

4.1 Vorleistungen

Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

4.2 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1)

  zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik) sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

4.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1)

zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 3.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung;
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser

Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Mitglieder classic (M3U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.01.2023

Tarif M3U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M3U versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2013 endet die Versicherung nach Tarif M3U mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M3U ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P3U und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung und Zahnersatz

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen. Erstattet werden höchstens die nach Anrechnung von Leistungen der GKV und Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

zu 100 %.

Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen,

- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,

- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,

- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,

- Fissurenversiegelung.

3.5 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen

  zu 100 %,

- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind)

  zu 100 %,

  sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.5 erforderlich sind

  zu 100 %.

3.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.5.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

3.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistungen der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.

4.1 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

4.2 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1)

  zu 100 %.

- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

4.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1)

zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;

- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, (siehe Nr.3.1) sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen;

- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

WBETU, BETU - Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

gültig ab 01.01.2024

Es gelten, soweit sie nicht nachfolgend geändert werden, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in WBETU

Zusätzlich zu einem Tarif EP0U bis EP3U, CP0U bis CP3U, MP0U bis MP3U, TN0U bis TN3U, BB10 bis BB50, BB20E, BB00 oder BH20 bis BH50, W110 bis W100, W210 bis W200, E1, E2, EB1 sowie EB2 können die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter mit der Bezeichnung "WBETU" vereinbart werden. Aufnahmefähig sind Personen mit einem Eintrittsalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) zwischen 16 und 60 Jahren.

Die monatliche Beitragsentlastung kann in Stufen von je 5 EUR vereinbart werden, maximal 80 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses aktuellen Beitrags des für die versicherte Person bestehenden Tarifes nach Satz 1. Die 80 %-Grenze gilt auch bei einer Vertragsänderung vor dem Einsetzen der Beitragsentlastung, bezogen auf den danach für einen Tarif nach Satz 1 geltenden Beitrag, wobei der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unberücksichtigt bleibt. Ist ein Tarif nach Satz 1 in Anwartschaft gestellt, wird für die Berechnung der 80 %-Grenze der Beitrag zugrunde gelegt, der ohne Berücksichtigung der Anwartschaft gelten würde.

2. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in BETU

Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unter der Bezeichnung "BETU" können für jede versicherte Person vereinbart werden, für die beim Versicherer mindestens ein geschlechtsunabhängig kalkulierter Krankheitskostentarif besteht, für den eine Alterungsrückstellung nach § 8a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 gebildet wird; ausgenommen sind Tarife nach Nr. 1. Aufnahmefähig sind Personen mit einem Eintrittsalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) zwischen 16 und 60 Jahren.

Die monatliche Beitragsentlastung kann in Stufen von je 5 EUR vereinbart werden, maximal 80 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses aktuellen Beitrags aller für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentarife nach Satz 1. Die 80 %-Grenze gilt auch bei einer Vertragsänderung vor dem Einsetzen der Beitragsentlastung, bezogen auf den danach für die Krankheitskostentarife nach Satz 1 geltenden Beitrag, wobei der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unberücksichtigt bleibt. Sind Krankheitskostentarife in Anwartschaft gestellt, wird für die Berechnung der 80 %-Grenze der Beitrag zugrunde gelegt, der ohne Berücksichtigung der Anwartschaft gelten würde.

3. Beitragsermäßigung

Ab 01.07. des Kalenderjahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, verringern sich die monatlichen Beitragsraten in der Krankheitskostenversicherung nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 um die vereinbarte Beitragsentlastung. Wenn die Beitragsentlastung einsetzt oder bereits eingesetzt hat und den Beitrag der Krankheitskostentarife nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 rechnerisch übersteigt, ist eine Auszahlung des Differenzbetrags ausgeschlossen. Die aus dem Differenzbetrag resultierende Alterungsrückstellung wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

4. Dynamische Änderung des Entlastungsbetrags

Erhöhen sich die Beiträge in einem für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentarif nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 infolge einer Beitragsanpassung, kann dem Versicherungsnehmer eine Erhöhung des Beitragsentlastungsbetrags angeboten werden, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsanpassung das Alter 55 Jahre noch nicht überschritten hat. Die Einzelheiten des Erhöhungsangebots werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitgeteilt.

Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherer bei Zusendung des Angebots nochmals besonders hinweisen.

5. Beiträge

Die Beiträge, die von Krankheitskostenversicherten im Sinne von Nr. 1 bzw. Nr. 2 für die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter zusätzlich zu zahlen sind, sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie sind auch nach Wirksamwerden der Beitragsentlastung weiter zu zahlen und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung der versicherten Person.

6. Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht für jede Beobachtungseinheit einer Besonderen Bedingung für die Beitragsentlastung im Alter jährlich die künftigen erforderlichen Versicherungsleistungen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die Beitragsentlastung im Alter. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung wird der Beitrag entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisses mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festgesetzt.

7. Beendigung

7.1 Beendigung der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

Der Versicherungsnehmer kann die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahres) mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.

Die bis zum Beendigungszeitpunkt der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter gebildete Alterungsrückstellung wird entsprechend den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten versicherungsmathematischen Grundsätzen in einen sofortigen Beitragsnachlass in den für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentarifen nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 umgewandelt, wobei der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten werden darf. Ein nicht gutgebrachter Teil der Alterungsrückstellung wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

7.2 Beendigung der Krankheitskostentarife

Bei Beendigung aller für die versicherte Person nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 bestehenden Krankheitskostentarife enden die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB/ZV, ZK)

gültig ab 01.01.2022

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) 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. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen).

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Aufnahmefähig sind Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet mit dem Wegfall der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vergleiche auch § 1 Absatz 5 und § 15 Absatz 3).

Darüber hinaus sind in Tarif ZK (siehe § 4 Absatz 1) nur Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die das Alter 21 (Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr) noch nicht erreicht haben.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes gegebenenfalls Wartezeiten einzuhalten. 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 in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert sind, ist ausgeschlossen.

(8) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

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 oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vergleiche jedoch § 4 Absatz 1 Buchstabe e)).

(2) Der Vertrag wird pro Person erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

(3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn 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. Der erste Beitrag berechnet sich - gegebenenfalls ratierlich - ab diesem Tag. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

(4) 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.

§ 3 Wartezeit

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

a) **Nicht erstattungsfähige Aufwendungen**

In den Tarifen ZV (Buchstabe c)) und ZK (Buchstabe d)) sind nicht erstattungsfähig:

- Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der zahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teilnehmenden Leistungserbringers (sogenannte Praxisgebühr).

- Selbstbehalte, die für die Person in der GKV vereinbart wurden.

- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

In Tarif ZK sind darüber hinaus die Kosten nicht erstattungsfähig, die entstehen für die Feststellung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen und die Einordnung entsprechend der in der GKV geltenden Kieferorthopädischen Indikationsgruppen.

b) **Vorleistungen**

Leistungen der GKV sind vorab in Anspruch zu nehmen. Leistungen aus den Tarifen ZV und ZK gehen den Leistungen aus anderen versicherten Tarifen der R+V Krankenversicherung AG vor.

c) **R+V-ZahnVorsorge: Tarif ZV**

In Tarif ZV sind die folgenden Aufwendungen erstattungsfähig:

1. Kunststofffüllungen

   zu 100 %.

2. Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (jedoch nicht solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind)

   zu 100 %,
   sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat.

Im Rahmen von Nrn. 1 und 2 sind auch damit verbundene funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die zahntechnischen Material- und Laborkosten erstattungsfähig.

3. Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie

   zu 100 %,
   sofern die Maßnahmen im unmittelbaren Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nrn. 1 oder 2 stehen.

4. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

   zu 100 %.

   Die Aufwendungen hierfür werden maximal einmal je Kalenderjahr erstattet.
   Hierzu zählen z. B.

   - Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,

   - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,

   - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,

   - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),

   - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,

   - Fissurenversiegelung.

5. Leistungsstaffel
   Der Erstattungsbetrag für die Aufwendungen nach Nrn. 1 bis 4 beträgt insgesamt je Person

   - im 1. Kalenderjahr maximal 250 EUR,

- im 2. Kalenderjahr maximal 500 EUR.

Ab dem 3. Kalenderjahr (das 1. Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) gilt keine Begrenzung.

Die Begrenzung entfällt jeweils für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

d) **R+V-Kinder-ZahnKorrektur: Tarif ZK**

In Tarif ZK sind die folgenden Aufwendungen erstattungsfähig:

1. Kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.

   1. Unfallbedingte kieferorthopädische Behandlung

      zu 100 %

      bis zu insgesamt 5.000 EUR je Person für die medizinisch notwendige Heilbehandlung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen, die in die sogenannten Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 entsprechend der in der GKV geltenden Einstufung fallen, wenn die Behandlung nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen ist.

   2. Nicht unfallbedingte kieferorthopädische Behandlung

      zu 100 %

      bis zu insgesamt 2.500 EUR je Person für die medizinisch notwendige Heilbehandlung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen, die in die sogenannten Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 entsprechend der in der GKV geltenden Einstufung fallen.

2. Rooming-in

   zu 100%

   für die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer erwachsenen Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr, wenn die stationäre Behandlung eines nach Tarif ZK versicherten Kindes vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen hat.

3. Nachhilfeunterricht

   zu 100 %

   bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns), wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist. Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichtes dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Ausgeschlossen sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

e) **Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV**

Tarif ZK endet am 31.12. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet. Zum 01.01. des darauf folgenden Kalenderjahres erfolgt die Umstellung in Tarif ZV, ohne dass es eines Antrages des Versicherungsnehmers bedarf und ohne Risikoprüfung.

Ab diesem Zeitpunkt ist der Neuzugangsbeitrag des Tarifes ZV in der Altersgruppe 21 - 65 zu zahlen. Die automatische Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV gilt nicht als Vertragsänderung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 4 bzw. § 8 a Absatz 4.

Der Versicherungsnehmer kann das betreffende Versicherungsverhältnis nach § 13 Absatz 4 kündigen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei.

(3) Zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder

b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(7) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung bzw. sonstige Maßnahme erfolgt.

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung 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.

(9) 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. für Ärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten;

b) für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen;

c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

e) für Behandlung durch Zahnärzte und in Krankenanstalten 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;

f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

(2) 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.

(3) 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. Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.

Die Höhe der Vorleistung der GKV muss vermerkt sein. (In diesem Fall genügt eine Kopie mit dem Originalerstattungsvermerk der GKV.) Dabei kann die Vorleistung auch Null betragen.

Die Einstufung in die in der GKV geltenden Kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 oder 2 ist bei der ersten Beantragung von kieferorthopädischen Leistungen nach Tarif ZK einzureichen.

b) Werden die Kosten für Rooming-in oder Nachhilfe beantragt, genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name, Geburtsdatum und Adresse der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage und bei Rooming-in die hierfür entstandenen Kosten. Hinsichtlich Rooming-in-Leistungen gilt § 6 Absatz 1 Buchstabe a) Sätze 3 bis 5 entsprechend.

Die Kosten der Nachhilfe müssen außerdem nachgewiesen werden durch Vorlage einer Originalrechnung, aus der der Name des Schülers, dessen Geburtsdatum und Adresse, die Zeiten des Unterrichts mit Rechnungsbeträgen sowie Name und Adresse des Rechnungsausstellers und das Ausstellungsdatum hervorgehen.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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 der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(6) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 20 und in Tarif ZV für Alter 21 - 65 sowie ab 66 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 01. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

(3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Beiträge sind nach Art der Schadenversicherung, somit ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(4) 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, sofern die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen ist, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges 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, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von 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 (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren (vergleiche § 2 Absatz 2) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für eine andere Altersgruppe gilt, 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.

(4) Bei Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV nach § 4 Absatz 1 Buchstabe e) kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Umstellung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, 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.

(6) 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.

(7) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 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 Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten/Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Vertragsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

(5) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und

angemessen sind. Als Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen gelten auch Änderungen des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V), sofern es sich um Regelungen im Zusammenhang mit den Leistungen der Tarife ZV und ZK handelt. 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) 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.

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

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

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR)

gültig ab 01.01.2022

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland). Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(2) 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. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaft und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Aufnahme- und Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechende Nachweise zu verlangen.

(5) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person.

Für einen längeren Auslandsaufenthalt kann der Versicherungsschutz auf Anfrage beim Versicherer mit einer besonderen Vereinbarung beitragspflichtig verlängert werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass für die Dauer des ständigen Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthaltes in einem solchen Staat weder in diesem noch in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz besteht.

(7) In dem Tarif FernWeh (ARED) ist jeweils die namentlich im Versicherungsschein als Versicherter genannte Person versichert.

In dem Tarif FernWeh Familie (ARFD) können der Versicherungsnehmer, dessen Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder Lebensgefährte bis einschließlich Alter 64 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) versichert werden, ferner die Kinder des Versicherungsnehmers bzw. dessen Ehe-, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder Lebensgefährten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Zu den Kindern zählen auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder. Die versicherten Personen müssen in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die versicherten Personen werden im Versicherungsschein dokumentiert. Für die älteste nach Tarif ARFD versicherte Person wird im Versicherungsschein der Tarif ARFD ausgewiesen. Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. Lebensgefährte werden

im Versicherungsschein durch die Bezeichnung ARPD, mitversicherte Kinder durch die Bezeichnung ARKD kenntlich gemacht.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass mitzuversichernde Personen im Sinne von Satz 2 unter Angabe von Vorname, Nachname, Geburtsdatum und Adresse dem Versicherer vor Grenzüberschreitung ins Ausland in Textform zur Mitversicherung gemeldet werden.

(8) Tätigkeits- und Geschäftsgebiet des Versicherers ist die Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 3 Absatz 2), wenn der erste Beitrag rechtzeitig im Sinne von § 8 Absatz 6 (sofort nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. bei späterem Beginn zu diesem Zeitpunkt) gezahlt wird, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Bei verspäteter Beitragszahlung beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der erste Beitrag gezahlt wird, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass er die verspätete bzw. Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherungsvertrag kann nur vor Grenzüberschreitung ins Ausland beantragt werden. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist, soweit nicht anders vereinbart, der Tag der Antragstellung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

(3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil entweder

a) mindestens drei Monate beim Versicherer nach einem Tarif ARED oder ARFD versichert ist und die Anmeldung des Kindes zur Versicherung nach Tarif ARED spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt oder

b) ein Elternteil beim Versicherer nach Tarif ARFD versichert ist und das Kind unverzüglich, spätestens vor Grenzüberschreitung ins Ausland zur Versicherung nach Tarif ARFD gemeldet wird (siehe auch § 9 Absatz 6 und § 10).

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

(1) Der Versicherungsvertrag kann nur vor Grenzüberschreitung ins Ausland beantragt werden. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist der Tag der Antragstellung.

(2) Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung des Versicherers in Textform zustande.

(3) Der Versicherungsvertrag wird je Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Vertrag

weder vom Versicherungsnehmer noch vom Versicherer zuvor mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird oder wegen eines sonstigen Beendigungsgrundes endet (siehe auch §§ 13 bis 15 AVB/AR).

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 4 Umfang der Leistungen

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland für Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Der Versicherer erbringt die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z. B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

a) ärztliche Leistungen

Versichert sind auch unvorhergesehen auftretende akute Schwangerschaftskomplikationen einschließlich medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs, Frühgeburt (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) und Fehlgeburt einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Neugeborenem entstehenden Behandlungskosten;

b) zahnärztliche Leistungen

Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz einschließlich konfektionierter Kurzzeitprovisorien in einfacher Ausführung, nicht aber für die darüber hinausgehende Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;

c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;

d) Heilmittel

Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, ferner Chiropraktik und Osteopathie durch Angehörige hierfür zugelassener Berufe;

e) Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;

f) stationäre Heilbehandlung

Bei stationärer Heilbehandlung, auch wegen akuter Schwangerschaftskomplikationen (siehe Absatz 4 a), in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Kosten für die erforderliche

Unterbringung von versicherten minderjährigen Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils.

Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewählt werden;

g) Transporte

Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports sowie bis zu 100 EUR je Versicherungsfall den Transport vom Krankenhaus oder Notfallarzt zurück zur Unterkunft;

h) Rücktransportkosten

Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:

ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll sowie vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;

hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransportes;

hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Kosten für die geplante Rückreise sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

i) Bestattungskosten, Überführungskosten

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen. Dies sind ausschließlich die unvermeidbaren Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort;

j) längere Erkrankung, hilfebedürftige Kinder

Dauert ein Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage und wird ärztlich attestiert, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag die Reise des Ehepartners, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden höchstens die Kosten eines Business-class-Flugs bis maximal 1.300 EUR erstattet. Die Kosten des Aufenthaltes vor Ort sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr

sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag die Rückreise der Kinder soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen;

k) Telefonkosten

Der Versicherer erstattet die im Versicherungsfall für die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer über die von ihm zur Verfügung gestellte 24-Stunden-Hotline entstandenen Kosten. Diese sind durch eine Telefonkostenrechnung mit Einzelverbindungsnachweis zu belegen.

(5) Auf Anfrage unterstützt der Versicherer den Versicherungsnehmer bzw. die Versicherte Person, gegebenenfalls durch qualifizierte Dienstleister insbesondere mit folgenden Leistungen

- Informationen über Möglichkeiten der medizinischen Versorgung,
- Nennung von Ärzten im Aufenthaltsland,
- Kontaktaufnahme zum Hausarzt des Betroffenen,
- Vermittlung des Kontakts/Informationsaustausches zwischen den behandelnden Ärzten/Krankenhausärzten und dem Hausarzt,
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation von Rücktransporten nach § 4 Absatz 5h) bzw. Bestattung oder Überführung nach § 4 Absatz 5i).

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen 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 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

b) für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren oder die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind;

d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;

e) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

f) für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung;

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

h) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrundegelegt.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

(4) Soweit im Versicherungsfall Anspruch auf Leistungen aus Verträgen mit anderen Versicherungsträgern oder Körperschaften öffentlichen Rechts (z.B. gesetzliche Krankenkassen) besteht, geht ein solcher Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Macht die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege Leistungsansprüche zunächst bei der R+V Krankenversicherung AG geltend, wird diese im tariflichen Umfang in Vorleistung treten.

(5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:

a) der Anspruch ist durch Belegurschriften nachzuweisen;

b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten:

Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;

- ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich: Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;

- Arznei-,Heil-,Hilfsmittelbezug:
  Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;

- Krankenhausrechnungen zusätzlich:
  Aufnahme- und Entlassungsdatum Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;

c) der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch geeignete Nachweise nach § 4 Absatz 4 h) zu begründen. Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;

d) der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch eine amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen. Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;

e) der Anspruch auf Telefonkosten ist mit einem detaillierten Einzelverbindungsnachweis zu den Verbindungskosten nachzuweisen;

f) Transportkosten für die Rückkehr zur Unterkunft sind mit einer Rechnung, aus der sich zusätzlich Tag, Uhrzeit sowie Abfahrts- und Ankunftsort ergeben, nachzuweisen.

(2) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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.

(3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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 nach "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.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, siehe aber Absatz 2.

(2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn des Versicherungsjahres per SEPA-Lastschriftmandat zu entrichten.

(2) Bestehen beim Versicherer unter der gleichen Versicherungsnummer weitere Tarife mit abweichender Zahlungsweise, kann die Beitragszahlung in der gleichen Form wie für diese Tarife erfolgen. Die Beitragsraten sind bei monatlicher Zahlung am Ersten eines jeden Monats bzw. bei halbjährlicher Zahlung zum 01.01. und 01.07. eines jeden Jahres fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbeitrag vom Änderungszeitpunkt bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.

(3) Für die Versicherung nach Tarif ARED werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 bis 64 und ab 65 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

(4) Für die Festsetzung der Beiträge nach Tarif ARFD wird eine Beitragsgruppe für Alter 0 bis 64 Jahre gebildet.

a) Vollendet das älteste der nach Tarif ARFD versicherten Familienmitglieder das 64. Lebensjahr, wird dessen Versicherungsverhältnis zum Beginn des folgenden Kalenderjahres zu dem dann gültigen Neuzugangsbeitrag für Personen ab Alter 65 in Tarif ARED umgestellt.

b) Vollendet ein nach Tarif ARFD mitversichertes Kind das 25. Lebensjahr, wird das insoweit bestehende Versicherungsverhältnis zum Beginn des Folgemonats zu dem dann gültigen Neuzugangsbeitrag für Personen im Alter von 0 bis 64 in Tarif ARED umgestellt.

c) Die Versicherungsverhältnisse der anderen dem Versicherer zu Tarif ARFD gemeldeten Familienmitglieder bleiben unverändert bestehen, siehe aber Absatz 5.

(5) Ist der Gesamtbeitrag für Versicherungen nach Tarif ARED günstiger als der Beitrag des Tarifs ARFD, werden auch die nach Tarif ARFD versicherten Familienmitglieder zum gleichen Termin und zudem dann gültigen Neuzugangsbeitrag der Beitragsgruppe 0 bis 64 Jahre jeweils in einen Tarif ARED umgestellt.

(6) Der erste Beitrag wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. einer Annahmeerklärung, fällig; bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

Ist für den Jahresbeitrag die Zahlung in Raten vereinbart, gilt die Zahlung der ersten vereinbarten Rate als Zahlung des ersten Beitrags.

Einer rechtzeitigen Zahlung steht die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats gleich, es sei denn, die Bank führt den Einzug des fälligen Beitrags mangels Kontodeckung nicht aus oder der berechtigten Lastschrift wird durch den hierzu Befugten widersprochen.

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der erste Beitrag gezahlt wird, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass er die verspätete bzw. Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Versicherungsfälle, die vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Außerdem kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die für das bei Inkrafttreten erreichte Lebensalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) der versicherten Person geltende Lebensaltersgruppe berücksichtigt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, sofern die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen ist, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

(3) Zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden oder die erforderlichen Auskünfte selbst beizubringen.

(4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie ggf. das Datum der Zahlung des Beitrages sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

(5) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind im Leistungsfall verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers den ständigen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person nachzuweisen.

(6) Sollen in einer Versicherung nach Tarif ARFD nach Vertragsschluss weitere versicherungsfähige Personen mitversichert werden, sind diese unverzüglich, spätestens vor Grenzübertritt ins Ausland, nachzumelden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz - VVG - (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von 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 (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen ein höherer Beitrag zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens in Textform gekündigt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person, innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ende eines Kalenderjahres in Textform kündigen.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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 Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tode einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Entfällt für eine versicherte Person die Versicherungsfähigkeit (z. B. durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten oder bei der Familienversicherung nach Tarif ARFD durch Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft), endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

(4) Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehe- bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen.

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) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann der Versicherer sie durch eine neue Regelung ersetzen, die der bisherigen rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entspricht. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder 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.

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

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

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2017)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 1 a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag 3
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 4
§ 3 Wartezeiten 4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 10
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 12
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 13

Pflichten des Versicherungsnehmers **13**
§ 8 Beitragszahlung 13
§ 8 a Beitragsberechnung 14
§ 8 b Beitragsanpassung 15
§ 9 Obliegenheiten 16
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 16
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit 17
§ 12 Aufrechnung 17

Ende der Versicherung **17**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 17
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 18
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 19

Sonstige Bestimmungen **21**
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 21
§ 17 Gerichtsstand 21
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 22

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2017)

gültig ab 01.01.2023

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) 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 einen 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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch 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.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die

Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 1 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2017:
   Wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten
   Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.
   Soweit der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern für seine Leistungen Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammenrechnet, wird dies entsprechend für die Berechnung der Karenzzeit berücksichtigt.

2. Zu § 1 Absatz 7 Teil I AVB/KT 2017:
   Vorübergehender Aufenthalt im europäischen Ausland
   Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einer Privatklinik im Sinne von § 4 Absatz 8 Teil I AVB/KT 2017 gezahlt.

3. Zu § 1 Absatz 7 Teil I AVB/KT 2017:
   Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
   a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu 6 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

   b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

§ 1 a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz

und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. 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 oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 2 Teil I AVB/KT 2017:
   Vertragsdauer
   Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigt.

2. Zu § 2 Teil I AVB/KT 2017:
   Versicherungsjahr
   Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

I Musterbedingungen 2009

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach

Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderung gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 3 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017:
Verzicht auf besondere Wartezeiten bei Unfällen
Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

2. Zu § 3 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2017:
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

   Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.

   Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

3. Zu § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KT 2017:
Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst
Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst von Beamten mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I Musterbedingungen 2009

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

   Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

   Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits

Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen.

Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) 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, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe b), 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.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 4 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
   Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)
   a) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.

   b) Über die Verwendung der Mittel und der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen.

c) Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe und die Voraussetzungen einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jährlich vom Vorstand mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders festgelegt. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nur, wenn die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr (Geschäftsjahr) in den berechtigten Tarifen keine Versicherungsleistungen erhalten hat, es sei denn, es wird festgelegt, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht.
Als Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung kann auch bestimmt werden, dass die versicherte Person während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres und darüber hinaus bis zum 30.06. des Folgejahres nach den berechtigten Tarifen gegen Zahlung des vollen Tarifbeitrags versichert ist - es sei denn, die Versicherung endete nach dem abgelaufenen Kalenderjahr wegen Pflichtversicherung oder Tod - und dass am 30.06. des Folgejahres kein Beitragsrückstand in den berechtigten Tarifen besteht.
Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Jahre erfüllt sind. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Folgejahres vorgenommen.

d) Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

2. Zu § 4 Absatz 2 bis 4 Teil I AVB/KT 2017:
Versicherbares Krankentagegeld/Nettoeinkommen

a) Arbeitnehmer
Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privat krankenvollversicherten Arbeitnehmern gelten als Nettoeinkommen 75 % des Bruttoentgelts einschließlich Urlaubs-, Weihnachtsgeld, vermögenswirksamer Leistungen und Sachbezügen sowie regelmäßiger Sonderzahlungen und Zulagen aus unselbstständiger Tätigkeit. Bei privat Krankenvollversicherten werden zusätzlich die Arbeitgeberanteile zur privaten Krankenvoll- und Pflegepflichtversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zu berufsständischen Versorgungswerken hinzugerechnet.
Wird die versicherte Tätigkeit nachweislich noch keine 12 Monate ausgeübt, gelten als Nettoeinkommen 75 % des vereinbarten Jahreszielgehalts.
Im Einzelfall kann ein durch die Entgeltabrechnungen nachgewiesenes höheres durchschnittliches Jahresnettoeinkommen berücksichtigt werden. In diesem Fall entspricht das Nettoeinkommen dem ausgewiesenen Auszahlungsbetrag des Entgelts (vergleiche § 1 Absatz 2 Nr. 7 Entgeltbescheinigungsverordnung).

Pflichtversicherte in der GKV können, soweit nichts anderes vereinbart, ein Krankentagegeld in folgender Höhe absichern: Differenz zwischen dem auf den Tag umgerechneten Jahresnettoeinkommen der letzten zwölf Monate gemäß Entgeltabrechnungen (siehe Satz 5) und dem Anspruch auf Nettokrankengeld aus der GKV.

b) Selbstständige und Freiberufler
Bei Selbstständigen und Freiberuflern gelten als Nettoeinkommen 85 % des im genannten Zeitraum erzielten Gewinns vor Steuern, der aus der angegebenen und versicherten Tätigkeit erzielt wird. Der Gewinn errechnet sich als Differenz zwischen den Betriebseinnahmen und den Betriebsausgaben im Sinne des § 4 Absatz 3 EStG.

Das Nettoeinkommen ist durch Vorlage eines Steuerbescheids nebst Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) oder Betriebswirtschaftlicher Auswertung (BWA) nachzuweisen. Liegt der Steuerbescheid noch nicht vor, ist der Nachweis durch eine GuV oder BWA zu erbringen. Diese muss von einer zur geschäftsmäßigen Hilfeleistung in Steuersachen berechtigten Person (z. B. Steuerberater) bestätigt sein.

Wird die versicherte Tätigkeit noch nicht mindestens 12 Monate lang ausgeübt, legt der Versicherer den versicherbaren Tagessatz nach billigem Ermessen fest.

c) Nicht versicherbare Einkünfte
Nicht versicherbar sind Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalanlagen.

Ferner nicht versicherbar sind Einkünfte aus nebenberuflichen Tätigkeiten, geringfügiger Beschäftigung, Saisontätigkeit und Ausbildungsverhältnissen, es sei denn, der Versicherer stimmt der Einbeziehung in Textform zu. Die Zustimmung gilt nur für die angezeigte Tätigkeit und deren Dauer.

d) Altersteilzeit
Während einer mit dem Arbeitgeber vereinbarten Altersteilzeit gilt als Bruttoeinkommen das gezahlte Arbeitsentgelt ohne Aufstockungsbeträge. Als versicherbares Nettoeinkommen gelten 75 % hiervon.

Sofern der Arbeitnehmer nach der passiven Phase der Altersteilzeit die erneute Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beabsichtigt, kann er seine Krankentagegeldversicherung ab Beginn der passiven Phase ganz oder teilweise als Anwartschaftsversicherung fortführen. Der Antrag auf Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung ist bis spätestens 2 Monate ab Beginn der passiven Phase zu stellen.

e) Arbeitslosigkeit
vergleiche § 15 Nr. 3 Teil II AVB /KT 2017

3. Zu § 4 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2017:
Dynamik
Der Versicherer erhöht je Tarif TE das mit einer Karenzzeit von mindestens 4 Wochen und einem Tagessatz von mindestens 25 EUR vereinbarte Krankentagegeld planmäßig alle 3 Jahre um 7,5 % des zuletzt vereinbarten Tagessatzes (Dynamik). Der so berechnete neue Tagessatz wird kaufmännisch auf volle Cent gerundet.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. August des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn des jeweiligen TE-Tarifs oder zum 1. August des 4. Kalenderjahres nach einer Änderung des Tagessatzes im jeweiligen TE-Tarif. Keine planmäßige Erhöhung des Tagessatzes erfolgt, wenn das Versicherungsverhältnis als Anwartschaftsversicherung geführt wird, eine Ruhensvereinbarung oder Beitragsverzug besteht.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8 a Teil I AVB/KT 2017 festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Die Erhöhung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne erneute Wartezeiten und unabhängig von einem eventuell bestehenden Versicherungsfall.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informieren. Sie entfällt, soweit der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung in Textform widerspricht.

Er ist zum Widerspruch verpflichtet, wenn das insgesamt versicherte Krankentagegeld höher ist als das nach § 4 Absätze 2 und 4 Teil I sowie § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2017 versicherbare Krankentagegeld.

Abweichend davon kann der Versicherer auch ein den vorstehenden Regelungen entsprechendes zeitlich befristetes Angebot zur Erhöhung des Tagessatzes unterbreiten. Ein solches darf der Versicherungsnehmer nur annehmen, soweit danach das insgesamt versicherte Krankentagegeld nicht höher ist als das nach § 4 Absätze 2 und 4 Teil I sowie § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2017 versicherbare Krankentagegeld.

Erlangt der Versicherer nachträglich davon Kenntnis, dass das versicherbare Nettoeinkommen nach § 4 Absatz 2 und 4 Teil I sowie § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2017 durch die Dynamik überschritten wurde, wird diese insoweit rückgängig gemacht und beide Vertragspartner sind verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzuzahlen.

4. Zu § 4 Absatz 3 und 4 Teil I AVB/KT 2017:
Verlängerung der Entgeltfortzahlung
   a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.

   b) Entsprechend § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017 ist der Versicherungsnehmer bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

   c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2017 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Entgeltfortzahlung entsprechende längere Karenzzeit umstellen.

   d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

5. Zu § 4 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2017:
Anpassung des Krankentagegelds bei Erhöhung des Nettoeinkommens und/oder Verkürzung der Entgeltfortzahlung

   a) Anpassung des Krankentagegeldes von Arbeitnehmern bei Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts bzw. Verkürzung der Dauer der Entgeltfortzahlung
   Für Arbeitnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts bzw. bei einer nicht nur vorübergehenden Verkürzung des Entgeltfortzahlungsanspruchs, z. B. durch Vereinbarung mit dem Arbeitgeber oder aufgrund Arbeitsplatzwechsels das vereinbarte Krankentagegeld im Rahmen der bestehenden Tarife entsprechend angepasst werden. Stellt der Versicherungsnehmer den Antrag spätestens innerhalb von 2 Monaten ab der Anpassung, entfallen erneute Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung (vergleiche § 3 Absatz 6 Teil I AVB/KT 2017).

   Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Entgelterhöhung bzw. Verkürzung der Entgeltfortzahlungsdauer gilt.

   Der Zeitpunkt der Erhöhung und die Veränderung des Nettoarbeitsentgelts bzw. die Verkürzung der Entgeltfortzahlungsdauer sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

   b) Anpassung des Krankentagegelds bei Erhöhung des Einkommens aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit
   Für Selbstständige oder Freiberufler kann der insgesamt versicherte Tagessatz insoweit ohne erneute Wartezeiten und erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden, als der aus dem aktuellen Steuerbescheid ersichtliche Gewinn (vergleiche Nr. 2) höher ist als derjenige aus dem des vorherigen Steuerbescheids. Die Anpassung des Tagesatzes muss innerhalb von 2 Monaten nach Erhalt des Steuerbescheids beantragt werden und kann nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung Einkommen (vergleiche Nr. 2 b) in der beantragten Höhe erzielt wird. Sie wird zum Beginn des Monats wirksam, der auf den Eingang des Antrags beim Versicherer folgt.

   Als Nachweise sind Steuerbescheide nebst BWA oder GuV, für das aktuelle Einkommen bestätigte BWA oder GuV (siehe Nr. 2 b) Satz 5 Teil II AVB/KT 2017), auf Verlangen vorzulegen.

6. Zu § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2017:
Gemischte Anstalten
Abweichend von § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2017 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

   a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder

   b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

   c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war, oder

   d) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

7. Zu § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2017:
Anschlussheilbehandlung
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt nach § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2017 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

   Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I Musterbedingungen 2009

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

   a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

   b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

   c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

   d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

   e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

   f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 5 Absatz 1 b) Teil I AVB/KT 2017:
Entziehungsmaßnahmen
Sofern die Krankentagegeldversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, wird abweichend von § 5 Absatz 1b) Teil I AVB/KT 2017 Krankentagegeld während insgesamt bis zu 3 medizinisch notwendigen stationären Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen (ausgenommen Raucherentwöhnung) gezahlt, wenn kein anderweitiger Anspruch des Versicherten auf Entgeltersatzleistungen, wie z. B. Krankengeld oder Übergangsgeld besteht und der Versicherer dies vor Beginn in Textform zugesagt hat.

   Krankentagegeld wird je zugesagter Maßnahme bis zu 8 Wochen in tariflichem Umfang gezahlt.

   Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskostenvollversicherungstarifs des Versicherers bereits durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet.

2. Zu § 5 Absatz 1 c) Teil I AVB/KT 2017:
Bewusstseinsstörungen
Abweichend von § 5 Absatz 1 c) Teil I AVB/KT 2017 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

3. Zu § 5 Absatz 1 d) Teil I AVB/KT 2017:
Leistung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung
Abweichend von § 5 Absatz 1 d) Teil I AVB/KT 2017 besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbots nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbots werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.

4. Zu § 5 Absatz 1 e) Teil I AVB/KT 2017:
Leistung bei Entbindung
Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbots nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn bei Entbindung nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des 12fachen vereinbarten Krankentagegelds gezahlt. Dies gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige. Wird ein höherer Tagessatz wegen Veränderung der Karenzzeit aufgrund einer längeren Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber vereinbart, gilt diese Tagegelderhöhung nicht für die Berechnung der Pauschale bei Entbindung (vergleiche Nr. 2.2 Teil III Tarife TE).

5. Zu § 5 Absatz 1 f) Teil I AVB/KT 2017:
Vorübergehender Aufenthalt außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts
Für die Zeit eines vorübergehenden Aufenthalts der versicherten Person außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts kann Krankentagegeld nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform beansprucht werden, wenn
   - keine medizinischen Gründe entgegenstehen, keine Verzögerung des Heilungsprozesses zu erwarten ist und

- die medizinische Versorgung und weitere Heilbehandlung am neuen Aufenthaltsort nach begründetem ärztlichem Attest gewährleistet ist.

Leistungen Dritter werden nach Nr. 3 Teil III Tarife TE angerechnet.

6. Zu § 5 Absatz 1 g) Teil I AVB/KT 2017:
Leistungen bei Kur-, Sanatoriumsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Absatz 1 g) Teil I AVB/KT 2017 wird Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während ambulanter oder stationärer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen gezahlt, wenn
   - nach ärztlicher Prognose zu Beginn der Maßnahme noch vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht,
   - die Maßnahme zur Heilung oder Linderung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Erkrankung oder Unfallfolge medizinisch notwendig ist und
   - der Versicherer die Leistungen vor Beginn der Maßnahme in Textform zugesagt hat.

   Leistungen Dritter werden nach Nr. 3 Teil III Tarife TE angerechnet.

   Kein Leistungsanspruch besteht für Zeiten, während derer die versicherte Person aktiv an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. beruflichen Rehabilitation, wie z. B. Umschulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen, teilnimmt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) 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.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 6 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
Leistungsunterlagen
Das Krankentagegeld wird 14-tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der Art der Erkrankung gezahlt. Dabei ist möglichst ein Vordruck des Versicherers zu verwenden.

2. Zu § 6 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2017:
Überweisungskosten
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a) oder b).

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahrs 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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahrs fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 8 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
Beitragsrate

a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

b) Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.

2. Zu § 8 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017:
Fälligkeit des Erstbeitrags
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 8 Absatz 5 Teil I AVB/KT 2017:
Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen, die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren, wie z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten, erhoben werden.

4. Zu § 8 Absatz 1-6 Teil I AVB/KT 2017:
Versicherungsteuer
In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

I Musterbedingungen 2009

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Beitragsänderungen 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 Geschäftsbereich des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KT 2017:
   Beitragsberechnung
   a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

   b) Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

2. Zu § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017:
   Beitragszuschläge
   § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017 gilt entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 8 b Beitragsanpassung

I Musterbedingungen 2009

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II Tarifbedingungen 2017

Zu § 8 b Teil I AVB/KT 2017:
Beitragszuschläge
§ 8 b Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017 gelten entsprechend für eventuell vereinbarte Beitragszuschläge.

2. Zu § 8 b Teil I AVB/KT 2017:
Dynamik
Im Rahmen einer Beitragsanpassung kann der Versicherer auch den tariflichen Prozentsatz für die planmäßige Erhöhung (Dynamiksatz) nach § 4 Nr. 3 Teil II AVB/KT 2017 anpassen, wenn dies aufgrund einer nicht nur vorübergehenden Änderung der in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Grundlagen für die Bemessung des Dynamiksatzes zur Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich ist.

§ 9 Obliegenheiten

I Musterbedingungen 2009

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II Tarifbedingungen 2017

Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit
Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf einer Woche nach der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen bzw. der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist - möglichst auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck - alle zwei Wochen nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

I Musterbedingungen 2009

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

II Tarifbedingungen 2017

Zu § 11 Teil I AVB/KT 2017:
Bezug von voller Erwerbsminderungsrente oder Altersrente, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder der passiven Phase der Altersteilzeit
Der Bezug von voller Erwerbsminderungsrente oder Altersrente, der Eintritt der Arbeitslosigkeit oder der passiven Phase der Altersteilzeit (vergleiche § 15 AVB/KT 2017) ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen. Im Übrigen gilt auch hier § 11 Satz 2 Teil I AVB/KT 2017.

§ 12 Aufrechnung

I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung 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 Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) 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 Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 13 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
Versicherungsdauer und Vertragsjahr
Vergleiche § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II AVB/KT 2017:

2. Zu § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017:
Option bei Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, weil sie kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig ist, hat er das Recht, das Versicherungsverhältnis nach einem Tarif, dessen Karenzzeit der dann geltenden Entgeltfortzahlung entspricht, mit einem Tagegeldsatz in Höhe des nach dem Krankengeld der GKV verbleibenden versicherbaren Nettoeinkommens nach § 4 Nr. 2a) Teil II AVB/KT 2017 ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten fortzuführen. Voraussetzung ist, dass der Fortsetzungswunsch gleichzeitig mit der Kündigung erklärt wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I Musterbedingungen 2009

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

II Tarifbedingungen 2017

Zu § 14 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017:
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017 zustehende ordentliche Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I Musterbedingungen 2009

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahrs. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahrs vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 15 Teil I AVB/KT 2017:
Ehescheidungen, Getrenntleben
Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

2. Zu § 15 Absatz 1 a) und b) Teil I AVB/KT 2017:
Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Berufsunfähigkeit, Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderung, Rente wegen voller Erwerbsminderung

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, voller Erwerbsminderung, wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Ereignisses hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umstellung ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses, bei späterem Bekanntwerden gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.

3. Zu § 15 Absatz 1 a) Teil I AVB/KT 2017:
Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit
Tritt Arbeitslosigkeit ein, weil das Beschäftigungsverhältnis beendet oder die selbstständige/freiberufliche Tätigkeit aufgegeben wird, entfällt die Versicherungsfähigkeit, wenn im unmittelbaren Anschluss keine neue Tätigkeit aufgenommen wird. In diesem Fall endet die Krankentagegeldversicherung mit Ausnahme nachfolgender Regelungen zum Ende des betreffenden Monats. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung fortsetzen. Der Antrag auf Umwandlung ist innerhalb von 2 Monaten seit Beginn der Arbeitslosigkeit zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung/Ruhensvereinbarung nicht mehr möglich.

   a) Versicherte mit Anspruch auf Leistungen der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III, die nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind
   Die Krankentagegeldversicherung kann während der Dauer des Anspruchs auf Leistungen der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III (Arbeitslosengeld I oder Insolvenzgeld) fortgeführt werden, jedoch nur mit einer Karenzzeit von 6 Wochen (Tarif TE06).
   Als versicherbares Nettoeinkommen gelten die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit. Mit anderen Versicherern vereinbarte Krankentagegelder werden auf den ermittelten Tagessatz angerechnet. Maximal ist der bisher versicherte Tagessatz versicherbar.

   Entspricht die bisher vereinbarte Karenzzeit nicht 6 Wochen und/oder ist der bisher versicherte Tagessatz höher, wird die Krankentagegeldversicherung ggf. rückwirkend ab Beginn des Anspruchs auf Leistungen der Bundesagentur für Arbeit angepasst. Der Beitrag wird - unter Berücksichtigung eines eventuell vereinbarten Risikozuschlags - ebenfalls angeglichen. Setzt die Bundesagentur für Arbeit die Leistungen später herab, wird der Tagessatz ab diesem Zeitpunkt entsprechend der vorherigen Regelung nochmals angepasst.

   Höchstleistungsdauer
   Das Krankentagegeld wird wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge für längstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an. Anschließend endet die Krankentagegeldversicherung. Nr. 2 gilt entsprechend.

   Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit oder Unfallfolge hinzu, verlängert sich die Leistungsdauer bzw. die Dauer des vollen Versicherungsschutzes hierdurch nicht. Soweit die Bundesagentur für Arbeit für ihre Leistungen Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit zusammenrechnet, wird dies entsprechend für die Berechnung der Karenzzeit berücksichtigt.

   Das Versicherungsverhältnis endet vorher, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

   Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer auf dessen Verlangen regelmäßig entsprechende Nachweise der erfolgten Bemühungen der versicherten Person vorzulegen.

Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
Wird eine vor der Arbeitslosigkeit ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine neue Erwerbstätigkeit nach der Arbeitslosigkeit aufgenommen, kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person innerhalb von 2 Monaten eine Krankentagegeldversicherung beantragen. Hierfür entfallen eine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Basis des versicherbaren Tagessatzes ist das dann geltende Nettoeinkommen (vergleiche § 4 Absatz 2 Teil I und § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2017) und die vor der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit. Es kann auch eine längere Karenzzeit beantragt werden. Voraussetzung ist, dass für den betreffenden Tarif Versicherungsfähigkeit besteht.

Als Beginn der Krankentagegeldversicherung gilt insoweit der nachgewiesene Tag der (Wieder-)aufnahme einer Erwerbstätigkeit und bei untermonatlicher (Wieder-)aufnahme der nächste Monatserste.

b) Arbeitslosigkeit während eines Versicherungsfalls
Ist die versicherte Person bei Eintritt von Arbeitslosigkeit aufgrund eines bereits eingetretenen Versicherungsfalls arbeitsunfähig und hat keinen Anspruch auf Leistungen der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III, zahlt der Versicherer für längstens sechs Monate ab Beginn der Arbeitslosigkeit Krankentagegeld. Danach endet die Krankentagegeldversicherung für zuvor Selbstständige/Freiberufler.

Liegt bei Arbeitnehmern im Anschluss kein Bescheid der Bundesagentur für Arbeit zur Höhe ihrer Leistungen vor, vermindert sich der Anspruch auf Krankentagegeld auf 70 % des bisher vereinbarten Tagessatzes bei gleichbleibendem Beitrag.

Sobald die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit feststehen, gilt a) entsprechend. § 15 Absatz 1 b) Teil I AVB/KT 2017 bleibt unberührt.

4. Zu § 15 Absatz 1 c) Teil I AVB/KT 2017:
Beendigung des Versicherungsverhältnisses
In Ergänzung zu § 15 Absatz 1 c) Teil I AVB/KT 2017 endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Sofern die Versicherungsfähigkeit in einem Krankentagegeldtarif (Nr. 1 Teil III Tarife TE) nachweislich weiterhin besteht, wird das Versicherungsverhältnis fortgeführt und endet spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I Musterbedingungen 2009

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 17 Gerichtsstand

I Musterbedingungen 2009

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Orts 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I Musterbedingungen 2009

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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) 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.

II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

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

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

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.

Tarife TE-Krankentagegeld

gültig ab 01.01.2023

Die Tarife TE gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Neben den Tarifen TE können andere Krankentagegeldtarife des Versicherers nur mit dessen vorheriger Zustimmung in Textform abgeschlossen bzw. fortgeführt werden.

1.2 Nach den Tarifen TE02, TE04, TE06, TE13, TE26 sind versicherungsfähig:
Selbstständige und Freiberufler mit regelmäßigem Einkommen aus der versicherten beruflichen Tätigkeit.

Nach den Tarifen TE06, TE13, TE26 sind versicherungsfähig:
Arbeitnehmer in einem festen Anstellungsverhältnis. Organmitglieder juristischer Personen (z. B. Mitglieder des Vorstands) sind Arbeitnehmern gleichgestellt.

1.3 Die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen TE entfällt mit Beginn der passiven Phase der Altersteilzeit, wenn der Arbeitnehmer mit dem Arbeitgeber Altersteilzeit vereinbart hat.

1.4 Nicht versicherungsfähig sind Personen, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 2 SGB VI beziehen, ebenso Personen, die Leistungen aus einer privaten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung erhalten, es sei denn, es wird eine abweichende Vereinbarung getroffen.

1.5 Das Krankentagegeld muss mindestens 10 EUR betragen.

2. Versicherungsleistungen

2.1 **Karenzzeiten**

Der **Anspruch auf Krankentagegeld** beginnt im Tarif:

TE02 nach einer Karenzzeit von 2 Wochen, d. h. am 15.Tag
TE04 nach einer Karenzzeit von 4 Wochen, d. h. am 29. Tag
TE06 nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag
TE13 nach einer Karenzzeit von 13 Wochen, d. h. am 92. Tag
TE26 nach einer Karenzzeit von 26 Wochen, d. h. am 183. Tag

ab Eintritt der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

2.2 **Abweichende Karenzzeiten bei Arbeitnehmern**

Entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ist in den Tarifen TE06, TE13 und TE26 die Vereinbarung von weiteren Karenzzeiten möglich. Hierbei wird bei gleichbleibenden Beiträgen im Tarif mit der nächst kürzeren Karenzzeit ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt, z. B.:

TE06:

Karenzzeit	6 Wochen	Tagessatz	5,00 EUR
Karenzzeit	7 Wochen	Tagessatz	5,30 EUR
Karenzzeit	9 Wochen	Tagessatz	5,90 EUR

Karenzzeit	12 Wochen	Tagessatz	6,80 EUR

(höchstmögliche Karenzzeit 12 Wochen)

TE13:

Karenzzeit	13 Wochen	Tagessatz	5,00 EUR
Karenzzeit	15 Wochen	Tagessatz	5,60 EUR
Karenzzeit	18 Wochen	Tagessatz	6,50 EUR
Karenzzeit	24 Wochen	Tagessatz	8,30 EUR

(höchstmögliche Karenzzeit 25 Wochen)

TE26:

Karenzzeit	26 Wochen	Tagessatz	5,00 EUR
Karenzzeit	30 Wochen	Tagessatz	6,20 EUR
Karenzzeit	39 Wochen	Tagessatz	8,90 EUR
Karenzzeit	51 Wochen	Tagessatz	12,50 EUR

(höchstmögliche Karenzzeit 51 Wochen)

Für die Pauschale bei Entbindung (§ 5 Nr. 4 Teil II AVB/KT 2017) gilt diese Tagegelderhöhung jedoch nicht.

Höhere Tagessätze sind entsprechend zu vervielfachen (siehe jedoch § 4 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2017).

Tagessätze für andere Karenzzeiten sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden auf Anfrage bekanntgegeben.

2.3 Vollständige Arbeitsunfähigkeit

Das versicherte Krankentagegeld wird nach Ablauf der Karenzzeit (siehe Nrn. 2.1 und 2.2) für die Dauer einer vorübergehenden vollständigen (100%igen) Arbeitsunfähigkeit (siehe § 1 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017) auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

Für Arbeitnehmer gilt ergänzend:
Erhält der Arbeitnehmer bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen eines neuen Arbeitsverhältnisses wegen § 3 Absatz 3 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) kein Entgelt, wird das Krankentagegeld ohne Berücksichtigung der Karenzzeit ab dem ersten Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Zahlung endet mit Einsetzen der gesetzlichen Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Sie beginnt erneut nach dem Ende der Entgeltfortzahlungspflicht und dem Ablauf der Karenzzeit des Tarifs TE, sofern bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit fortbesteht.
Bei mehreren Tarifen TE erfolgt die Zahlung aus dem Tarif mit der kürzesten Karenzzeit.

2.4 Wiedereingliederung

Ist im Anschluss an eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach ärztlichem Befund eine stufenweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit (Wiedereingliederung) medizinisch angezeigt, wird Krankentagegeld unter Anrechnung etwaiger Leistungen Dritter für bis zu zwei Wiedereingliederungsmaßnahmen je Versicherungsfall nach den nachfolgenden Bestimmungen gezahlt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Wiedereingliederungsmaßnahme in Textform zugesagt hat.

2.4.1 Arbeitnehmer

Soweit der Arbeitgeber während der Dauer einer Wiedereingliederungsmaßnahme kein Entgelt zahlt, leistet der Versicherer Krankentagegeld abweichend von § 1 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017 für bis zu 120 Tage je Versicherungsfall.
Voraussetzung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine Kopie des vollständig ausgefüllten Wiedereingliederungsplans nebst Bescheinigung des Arbeitgebers vorgelegt wird,

aus der sich ergibt, ob und in welchem Umfang er während der Wiedereingliederungsmaßnahme ein Entgelt zahlt.

2.4.2 Selbstständige und Freiberufler

Sofern im unmittelbaren Anschluss an eine ununterbrochene 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen noch teilweise Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % besteht, zahlt der Versicherer abweichend von § 1 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2017 für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit Krankentagegeld, die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes, längstens für 60 Tage je Versicherungsfall.
Voraussetzung ist, dass dem Versicherer die Aufnahme der teilweisen beruflichen Tätigkeit vorher angezeigt und eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Indikation der Wiedereingliederungsmaßnahme, ihrer Dauer und des Umfangs der schrittweisen Arbeitsbelastung vorgelegt wird.
Der Anspruch entfällt, wenn die versicherte Person auch nur teilweise eine andere berufliche Tätigkeit ausübt als diejenige, die vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit versichert war, es sei denn, der Versicherer hat dem vorher in Textform zugestimmt.

3. Anrechnung von Leistungen Dritter

Für die Ermittlung des Krankentagegelds, das im Versicherungsfall zu zahlen ist, sind folgende Leistungen anzurechnen:

- Leistungen, die ein Arbeitgeber zum Ausgleich des Einkommensausfalls bei Arbeitsunfähigkeit freiwillig, aus gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtung erbringt,
- Krankentagegeld, das von einem anderen Versicherer bezogen wird,
- Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung,
- Übergangsgeld eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers,
- Verletztengeld einer gesetzlichen Unfallversicherung und
- sonstige Entgeltersatzleistungen (wie z. B. Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld, Versorgungskrankengeld).

Auf Leistungen nach Nr. 2.4 (Wiedereingliederung), § 5 Nr. 5 Teil II AVB/KT 2017 (Vorübergehender Aufenthalt außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts), § 5 Nr. 6 Teil II AVB/KT 2017 (Leistung bei Kur-, Sanatoriumsbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen) und nach § 1 a Teil I AVB/KT 2017 (Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag) werden diese Leistungen - auf den Tag umgerechnet - in vollem Umfang angerechnet.

Ansonsten erfolgt sofern nichts anderes geregelt ist eine Anrechnung nur, soweit durch solche Zahlungen gemeinsam mit dem nach den Tarifen TE vereinbarten Krankentagegeld das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen nach § 4 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2017 sowie § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2017 überschritten wird.

4. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KT 2017 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KT 2017 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017) (Teil I Musterbedingungen 2017 §§ 1-27 und Teil II Tarifbedingungen 2017)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Versicherungsfähigkeit 2
§ 2 a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten 2
§ 2 b Hinweispflichten des Versicherers 3
§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes 3
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes 4
§ 5 Wartezeit 4
§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht 4
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen 5
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes 6

Pflichten des Versicherungsnehmers **6**
§ 9 Beitragszahlung 6
§ 10 Beitragsberechnung 7
§ 11 Beitragsanpassung 8
§ 12 Überschussbeteiligung 8
§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit 9
§ 14 Obliegenheiten 9
§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 9
§ 16 Aufrechnung 10

Ende der Versicherung **10**
§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 10
§ 18 Kündigung durch den Versicherer 11
§ 19 Sonstige Beendigungsgründe 11

Sonstige Bestimmungen **12**
§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen 12
§ 21 Gerichtsstand 12
§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 13
§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit 13
§ 24 Kindernachversicherung 14
§ 25 Mehrfachversicherung 14
§ 26 Anwartschaft 15
§ 27 Übergangsregelung 16

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017) (Teil I Musterbedingungen 2017 §§ 1-27 und Teil II Tarifbedingungen 2017)

gültig ab 01.01.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind
und

- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrages bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder

- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 2 a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 2 b Hinweispflichten des Versicherers

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2017

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. Anstelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 4 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Vertragsdauer
   Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf in Textform kündigt.

2. Zu § 4 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Versicherungsjahr
   Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3. Zu § 4 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Annahmeerklärung
   Die Annahmeerklärung des Versicherers kann auch in Textform erfolgen.

§ 5 Wartezeit

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Zu § 5 Teil I AVB/GEPV 2017:
Wartezeit
Die Wartezeit entfällt bei Pflegebedürftigkeit, die auf Unfällen nach Vertragsschluss beruht. Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 EUR. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung einen der Pflegegrade 1 bis 5 nach § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegeversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vergleiche § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellung nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas Anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

(6) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 7 Absatz 1 Teil I AVB/GEPV/2017:
Leistungsunterlagen
Der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ist durch Vorlage von Kopien der entsprechenden Anerkennungsunterlagen nachzuweisen.

2. Zu § 7 Absatz 1 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Überweisungskosten
   Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Leistungen überwiesen werden können.

3. Zu § 7 Absatz 2 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Änderung des Pflegegrades
   Ändert sich die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade nach § 15 SGB XI, wird für den Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegetagegeld entsprechend § 7 Absatz 1 und 2 Teil I AVB/GEPV 2017 gezahlt.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2017

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

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 EUR und einer Zulage in Höhe von 5 EUR zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit den Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Beitragsrate
   a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

   b) Für Neugeborene ist der Beitrag von dem Tage der Vollendung der Geburt an zu zahlen.

   c) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 17. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf die Vollendung des 17. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 18 zu zahlen.

2. Zu § 9 Absatz 2 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Fälligkeit des Erstbeitrags
   Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 9 Absatz 3 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Mahnkosten
   Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

4. Zu § 9 Absatz 1-6 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Versicherungsteuer
   In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
   In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
   Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 10 Beitragsberechnung

Teil I Musterbedingungen 2017

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 10 Absatz 2 Teil I AVB/GEPV 2017:
Beitragsberechnung
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. Zu § 10 Absatz 2 Teil I AVB/GEPV 2017:
Anrechnung der Alterungsrückstellung
Die Anrechnung von Alterungsrückstellungen geschieht in der Weise, dass dem Versicherungsnehmer auf den Beitrag zu dem von der versicherten Person erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

§ 11 Beitragsanpassung

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht nach § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 12 Überschussbeteiligung

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,

b) Anrechnung auf den Beitrag,

c) Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Teil I Musterbedingungen 2017

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 EUR monatlich sinken (vergleiche § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 14 Obliegenheiten

Teil I Musterbedingungen 2017

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Zu § 14 Teil I AVB/GEPV 2017:
Unfallbedingte Pflegebedürftigkeit innerhalb der Wartezeit
Bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit innerhalb der Wartezeit ist diese durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person ferner verpflichtet, sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 15 Teil I AVB/GEPV 2017:
Unfallbedingte Pflegebedürftigkeit innerhalb der Wartezeit
§ 15 Teil I AVB/GEPV 2017 gilt entsprechend für die Untersuchungsobliegenheit nach § 14 Teil II.

§ 16 Aufrechnung

Teil I Musterbedingungen 2017

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von 3 Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung für einzelne versicherte Personen 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 zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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 kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Zu § 17 Teil I AVB/GEPV 2017:
Versicherungsjahr und Vertragsdauer
Vergleiche § 4 Nrn. 1 und 2 Teil II.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I Musterbedingungen 2017

(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 von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2 b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Zu § 19 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Ehescheidung, Getrenntleben
   Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Vertragsteile fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

2. Zu § 19 Absatz 5 Teil I AVB/GEPV 2017:
   Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts
   Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz wird das Versicherungsverhältnis fortgesetzt, wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Übrigen weiter bestehen.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I Musterbedingungen 2017

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 21 Gerichtsstand

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht nach § 17 Absatz 4.

(2) 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 Vertrages 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.

2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.

3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.

4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.

6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 24 Kindernachversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 EUR monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 EUR monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 25 Mehrfachversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 26 Anwartschaft

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 EUR (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung nach § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vergleiche § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

§ 27 Übergangsregelung

Teil I Musterbedingungen 2017

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden nach der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet.

Einstufung am 31.12.2016	**Einstufung am 01.01.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Absatz 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Teil II Tarifbedingungen 2017

Keine Tarifbedingungen

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

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

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.

Pflege FörderBahr Tarif PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung

Tarif PKB gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017)
Teil I Musterbedingungen 2017
Teil II Tarifbedingungen 2017

1. Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld beträgt 20 EUR.

Wird der für einen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage notwendige monatliche Gesamtbeitrag von 15 EUR (siehe § 9 Absatz 1 Teil I AVB/GEPV 2017) nicht erreicht, kann von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur ein entsprechend höheres Pflegetagegeld vereinbart werden. Das 30-fache des vereinbarten Pflegetagegeldes darf die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der monatlichen Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht übersteigen (siehe § 6 Absatz 4 Teil I AVB/GEPV 2017).

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld wird im Versicherungsfall in Abhängigkeit von dem festgestellten Pflegegrad nachträglich gezahlt. Dabei werden für jeden Monat - unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage - 30 Tagessätze gezahlt.

Die Versicherungsleistung beträgt für jeden Monat bei Einstufung in

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	30 %
Pflegegrad 3	70 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

des 30-fachen des vereinbarten Pflegetagegeldsatzes.

3. Dynamik

3.1 Zeitpunkt und Umfang

Der Versicherer erhöht das vereinbarte Pflegetagegeld, planmäßig alle drei Jahre um den Prozentsatz der allgemeinen Inflationsrate, höchstens jedoch um 10 % des zuletzt vereinbarten Pflegetagegeldsatzes. Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert.

Grundlage für die Ermittlung der allgemeinen Inflationsrate sind die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten. Der Ermittlung werden jeweils die letzten 3 Kalenderjahre vor der Information über die planmäßige Anpassung zu Grunde gelegt.

Hinsichtlich der planmäßigen Erhöhung ist abweichend von § 5 Absatz 3 Teil I AVB/GEPV 2017 keine erneute Wartezeit zu erfüllen. Die erste Erhöhung erfolgt zum ersten Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn. Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhöhung pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind.

Erlangt der Versicherer, nachdem eine planmäßige Erhöhung durchgeführt wurde, davon Kenntnis, dass zum Zeitpunkt der Erhöhung Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat, so werden die betroffenen planmäßigen Erhöhungen rückgängig gemacht und beide Teile sind verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

3.2 Beitrag

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 10 Absatz 2 Teil I AVB/GEPV 2017 festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

3.3 Widerspruchsrecht

Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht. Wird für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 1 a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 4
§ 3 Wartezeit 5
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 6

Pflichten des Versicherungsnehmers **6**
§ 8 Beitragszahlung 6
§ 8 a Beitragsberechnung 7
§ 8 b Beitragsanpassung 8
§ 9 Obliegenheiten 8
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 9
§ 11 Anzeigepflicht und Folgen bei Wechsel von vollstationärer zu ambulanter Pflege, Minderung oder Wegfall des Pflegegrades, Wegzug ins Ausland 9
§ 12 Aufrechnung 10

Ende der Versicherung **10**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 10
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 11

Sonstige Bestimmungen **11**
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 11
§ 17 Gerichtsstand 11
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 11

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)

gültig ab 01.01.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall die im vereinbarten Tarif jeweils zugesagten Leistungen (z. B. Pflegemonatsgeld, Unterstützungsleistungen, einmalige Geldleistung).

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/EPV, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht..

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherer ist jedoch nicht zur Beantragung anderer Erlaubnisse, als der Erlaubnis nach § 10 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), verpflichtet.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dies umfasst insbesondere auch das Recht zum Wechsel in neue Pflegemonats- oder Pflegetagegeldtarife, die z. B. wegen einer Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung, eingeführt werden. Der Versicherer nimmt einen 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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für den hinzukommenden Teil ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes eine im Zieltarif etwaig vorgesehene Wartezeit einzuhalten. Ansonsten erfolgt die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeit. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Der Wechsel in einen Tarif mit geschlechtsabhängig kalkulierten Beiträgen ist ausgeschlossen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU), der nicht Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ist, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

§ 1 a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer,

voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

(a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

(b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

(c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

(d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Köperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereiches, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

(e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:

aa) Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltenvorschriften;

(f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte nach § 15 Absatz 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt:

- Am Tage der Geburt bestand für mindestens einen Elternteil beim Versicherer seit mindestens drei Monaten eine Pflegezusatzversicherung. Wurde der Antrag auf die Pflegezusatzversicherung bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

- Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend.

- Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des Elternteils mit dem höherwertigeren Versicherungsschutz.

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

§ 3 Wartezeit

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch Kopien der Erst- und Folgebescheide der SPV oder PPV nachzuweisen. Liegen solche nicht vor, z. B. weil die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat und deshalb durch die SPV und PPV keine Feststellung erfolgt, ist als Nachweis eine ärztliche Bescheinigung mit den vorliegenden Diagnosen, Befunden, bestehenden Beeinträchtigungen und der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit vorzulegen. Ferner Kopien aller insoweit vorhandenen Arzt-, Krankenhaus- und Befundberichte. Auf Anfrage teilt der Versicherer mit, welche der vorhandenen Unterlagen im Einzelfall benötigt werden.

(3) 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 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse in einem Staat verursacht sind, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

   Versicherungsschutz besteht jedoch bei Verursachung durch Terrorakte, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stehen.

b) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte außerhalb eines Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, verursacht werden,

   - wenn die versicherte Person sich aktiv an Kriegs- oder Terrorhandlungen beteiligt hat - auch wenn dies im Rahmen der Berufsausübung geschieht;

   - wenn das ursächliche Ereignis während eines Aufenthalts in einem Gebiet eintritt, für das zu diesem Zeitpunkt eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts galt.

Versicherungsschutz besteht jedoch für bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung. Dieser Zeitraum verlängert sich so lange wie die versicherte Person das Gebiet unverschuldet nicht verlassen kann.

(c) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz beruhen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Hierzu zählen insbesondere die in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Informationen.

Bescheinigungen von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt lebenden Personen reichen als Nachweis nicht aus.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt sowie Mehrkosten für eine Auslandsüberweisung. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(5) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 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.

In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.

Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn und endet mit dem 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

(2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 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 zur Zahlung der entstandenen Mahnkosten verpflichtet.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) 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.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. 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.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) 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.

(6) In Deutschland sind Beiträge für Pflegezusatzversicherungen nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben. Dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Pflegezusatzversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.

Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, der Kosten für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen, der Häufigkeit von deren Inanspruchnahme 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 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, sofern die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Beitragsanpassungen sowie Änderungen eventuell vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer durch Vorlage einer Kopie des Bescheids der SPV oder PPV nachzuweisen.

Liegt ein solcher nicht vor, z. B. weil die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat und deshalb durch SPV und PPV keine Feststellung erfolgt, ist als Nachweis eine ärztliche Bescheinigung mit den vorliegenden Diagnosen, Befunden, bestehenden Beeinträchtigungen und der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit vorzulegen. Ferner sind Kopien aller hierzu vorhandenen Arzt-, Krankenhaus- und Befundberichte vorzulegen. Auf Anfrage informiert der Versicherer, welche Unterlagen im Einzelfall benötigt werden.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherer Kopien der Erst- und aller Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der hierzu erstellten Gutachten und ärztlichen Bescheinigungen zu überlassen. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

Hat die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort im Ausland und erfolgen deshalb keine Feststellungen durch die SPV oder PPV, ist die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit dem

Versicherer auf einem von ihm zur Verfügung gestellten Vordruck in angemessenen Zeitabständen, spätestens nach jeweils 6 Monaten, nachzuweisen, wenn der Versicherer hierzu auffordert.

Die Kosten hierfür trägt der Versicherer bis zur Höhe der Kosten, die bei Versicherung in der PPV für eine Folgebegutachtung in Deutschland entstünden.

(3) Nach Feststellung des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 durch den Versicherer ist zudem jeder Wechsel von ambulanter zu vollstationärer Pflege anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Ferner ist dem Versicherer die Fortdauer vollstationärer Pflege auf sein Verlangen hin nachzuweisen.

Als Nachweis von vollstationärer Pflege ist eine Leistungsabrechnung der SPV bzw. PPV über Leistungen für vollstationäre Pflege ausreichend

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder eine Pflegefachkraft untersuchen zu lassen.

Von diesem Recht wird der Versicherer nur Gebrauch machen, wenn mangels Versicherung oder Leistungsanspruch in der SPV und PPV durch diese keine Feststellung und Überprüfung von Pflegebedürftigkeit erfolgt.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht und Folgen bei Wechsel von vollstationärer zu ambulanter Pflege, Minderung oder Wegfall des Pflegegrades, Wegzug ins Ausland

(1) Dem Versicherer ist unverzüglich anzuzeigen:

- der Wechsel von vollstationärer zu ambulanter Pflege,
- Wegfall und Minderung der Pflegebedürftigkeit und
- die Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad.

Erlangt der Versicherer hiervon erst später Kenntnis, so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung zu viel gezahlter Leistungen verpflichtet.

Entfällt aufgrund des Wegfalls oder der Minderung der Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Beitragsbefreiung, so sind die seither fälligen Beiträge nachzuzahlen.

(2) Die Verlegung gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person ins Ausland ist dem Versicherer unter Benennung der neuen Adresse ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) 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 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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom 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.

(5) 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.

(6) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 5 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU und des EWR oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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) 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.

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

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

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.

Tarife PflegeVorsorge premium (PM1), PflegeVorsorge comfort (PM2) und PflegeVorsorge classic (PM3) - Pflegemonatsgeld

Die Tarife PM1, PM2 und PM3 gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV Teil I)

gültig ab 01.07.2019

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife PM1, PM2 und PM3 können alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland aufgenommen werden, die in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.
Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn die Versicherung in der SPV oder PPV ruht oder als Anwartschaftsversicherung geführt wird, es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegemonatsgeld kann ausgehend von einem Mindestsatz von 300 EUR in Schritten von 100 EUR vereinbart werden.

Das Pflegemonatsgeld wird im Versicherungsfall jeweils am Monatsende gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegemonatsgeld für den entsprechenden Monat voll gezahlt. Bei einer untermonatlichen Einstufung in einen anderen Pflegegrad oder Wechsel zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege, wird für den entsprechenden Monat das höhere Pflegemonatsgeld gezahlt.

Die Höhe der Leistung bemisst sich nach dem vereinbarten Tarif, dem festgestellten Pflegegrad und danach, ob die versicherte Person ambulant oder vollstationär gepflegt wird.

a) Ambulante Pflege

Als ambulante Pflege gelten:

- die häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte sowie nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, wie z. B. Angehörige,
- die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) im Sinne von § 41 Abs. 1 SGB XI (Anhang)
- die Kurzzeitpflege (zeitweise stationäre Pflege) im Sinne von § 42 SGB XI (Anhang),
- die Pflege in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Anhang), z. B. stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung im Vordergrund stehen sowie Behinderteneinrichtungen.

b) Vollstationäre Pflege

Als vollstationäre Pflege gilt die ganztägige Versorgung (tags und nachts) der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) nach § 71 Abs. 2 SGB XI (Anhang) sowie in vollstationären Hospizen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 4 SGB XI (Anhang).

Im Ausland gilt als vollstationäre Pflege, die ganztägige Versorgung (tags und nachts) in stationären Pflegeeinrichtungen, die selbstständig wirtschaften und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten und im Aufenthaltsland anerkannten Pflegefachkraft gepflegt werden. Die Leistungen der Einrichtung müssen dabei dem Versorgungsaufwand entsprechen, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere

seiner Pflegebedürftigkeit benötigt und Unterkunft, Verpflegung, Grund- sowie Behandlungspflege umfassen.

Krankenhäuser und Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation im Vordergrund stehen, sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Bedingungen.

Wird jedoch die vollstationäre Pflege allein wegen notwendiger Krankenhausbehandlung, eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung zur Vorsorge oder Rehabilitation vorübergehend unterbrochen, werden die Leistungen für vollstationäre Pflege weitergezahlt. Ansonsten wird Pflegemonatsgeld für ambulante Pflege gezahlt.

2.1 Tarife

Das Pflegemonatsgeld beträgt in:

a) Tarif PM1

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	100 %	100 %
Pflegegrad 3	100 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

b) Tarif PM2

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	30 %	100 %
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

c) Tarif PM3

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

2.2 Verdoppelung der Leistung

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls mindestens ein minderjähriges Kind, wird das Doppelte des für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgelds gezahlt. Dies gilt auch für den Fall, dass Pflegebedürftigkeit bei der versicherten Person wegen der Geburt eintritt.

Die Verdoppelung endet mit dem Monat, in dem das jüngste der spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit geborenen Kinder das 18. Lebensjahr vollendet.

2.3 Leistungsbeginn und Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Bei Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die SPV oder PPV

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Er erbringt seine Leistungen - gegebenenfalls auch rückwirkend - ab dem Zeitpunkt für den die SPV oder PPV Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt hat.

b) Wenn keine Feststellung durch die SPV und PPV erfolgt

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Wird durch die SPV und PPV kein Feststellungsverfahren durchgeführt, weil für die versicherte Person keine Versicherung in oder kein Leistungsanspruch gegenüber der SPV und PPV besteht, wird der Versicherer zur Feststellung ein Gutachten nach Maßgabe des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) veranlassen.

Eine erforderliche Untersuchung erfolgt in Deutschland auf Kosten des Versicherers durch einen von ihm beauftragten Gutachter, möglichst im Wohnbereich der versicherten Person.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann eine erforderliche Untersuchung durch einen in Deutschland ansässigen Gutachter auf Antrag auch außerhalb Deutschlands am dortigen Aufenthaltsort erfolgen. Die Mehrkosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer. Mehrkosten sind diejenigen Kosten, die die Kosten für eine Begutachtung in Deutschland bei Versicherung in der PPV übersteigen, einschließlich der Reisekosten zum Aufenthaltsort im Ausland und der Kosten für angemessene Unterkunft und Verpflegung des Gutachters. Der Versicherer kann die Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen. Dies gilt auch für Folgegutachten zum Nachweis der Fortdauer von Pflegebedürftigkeit.

Bestätigt das Gutachten eine Pflegebedürftigkeit, wird das tarifliche Pflegemonatsgeld frühestens für den Monat gezahlt, in dem der Antrag auf Leistungen beim Versicherer eingegangen ist, jedoch nicht für Zeiten vor Beginn des Monats, für den Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt wird.

2.4 Unterstützungsleistungen

Anspruch auf Unterstützungsleistungen besteht nur in Deutschland. Unterstützungsleistungen werden in Zeiträumen erbracht, in denen Pflegebedürftigkeit besteht oder in denen der behandelnde Arzt Pflegebedürftigkeit vermutet, solange das jeweilige Feststellungsverfahren nicht ohne Feststellung eines Pflegegrades abgeschlossen ist.

Es werden folgende Unterstützungsleistungen, ggf. durch beauftragte Dienstleister, erbracht:

a) Telefonische Unterstützung

- Beratung und Information rund um das Thema Pflege, z. B. zu Pflegeleistungen der zuständigen Leistungsträger (z. B. SPV, PPV, Sozialhilfe), Entlassungsmanagement bei einer anstehenden Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche oder stationäre Pflege

- Unterstützung bei Anträgen auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI einschließlich Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

- Demenzberatung
  individuelle Beratung und Information zu der Erkrankung mit Hinweisen zu Besonderheiten bei der Pflege

- Beratung und Information zum behindertengerechten Umbau von Kraftfahrzeugen einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung sind nicht Gegenstand des Tarifs.

- Beratung und Information zu Pflegehilfsmitteln

- Bei einer psychischen Belastungssituation im Pflegefall erfolgt einmalig eine psychosoziale Erstberatung der versicherten Person und ihrer nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen, z. B. Angehörige, durch einen Psychologen.

b) Unterstützung auch vor Ort

- Persönliche Beratung rund um die Pflege auf Wunsch vor Ort bei der versicherten Person, z. B. zur Organisation der Pflege, Planung von Pflegeeinsätzen einschließlich Information und Beratung zu Leistungen der SPV und PPV

- Wohnraumberatung mit Wohnraumbegehung
  Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Erhöhung des Pflegegrads besteht Anspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten einer alters- und behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfelds der versicherten Person und pflegeerleichternden Umbaumaßnahmen. Ferner zu den Möglichkeiten der Ausstattung von Wohnung oder Haus der versicherten Person mit Unterstützungssystemen (z. B. Notrufsysteme, Smart Home) einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung entsprechender Maßnahmen sind nicht Gegenstand des Tarifs.

c) Vermittlung von Pflegeleistungen

Der Versicherer nennt und vermittelt auf Wunsch:

- ambulante Pflegedienste

- Einrichtungen für teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

- Pflegeheimplätze
  Im Bedarfsfall wird für eine bisher noch nicht vollstationär gepflegte versicherte Person einmal ein möglichst wohnortnaher Pflegeheimplatz (vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege) vermittelt. Die Vermittlung erfolgt von Montag bis Freitag innerhalb von 24 Stunden. Entspricht der vermittelte Pflegeplatz nicht den Wünschen der versicherten Person, z. B. weil in der gewünschten Region kurzfristig keine Einrichtung verfügbar ist, wird die Suche nach einer passenden Unterkunft fortgesetzt bis eine solche Einrichtung gefunden ist. Die 24-Stunden Frist gilt nicht für Kinder und nicht für selbstmordgefährdete Erwachsene. Es kann sich im Einzelfall für die erste Zeit auch dann um einen Platz für Kurzzeitpflege handeln, wenn ein vollstationärer Pflegeplatz gewünscht ist.

- Vermittlung von Pflegeschulungen für Pflegepersonen und nahe Angehörige (z. B. Eltern, Kinder, Geschwister, Schwiegereltern, -kinder, Verschwägerte).

d) Vermittlung von Alltagshilfen

Der Versicherer berät zu Alltagshilfen und nennt und vermittelt Dienstleister für Alltagshilfen:

- unterstützende Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Einkäufe, Menüservice)
- Fahrdienste
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Urlaubsangebote (z. B. barrierefreie Hotels) und Freizeitmöglichkeiten

e) Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

Unabhängig vom Versicherungsfall erteilt der Versicherer für die versicherte Person auf Anfrage telefonische Basisinformationen zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Es werden grundlegende, Fragen beantwortet und auf Wunsch entsprechende Vorlagen zugesandt.

Die Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 a) bis d) können auch von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen und nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) siehe Anhang, z. B. Ehegatten, Partner, Geschwister, Kinder, Schwiegerkinder, Eltern, Schwiegereltern oder Verschwägerten für die versicherte Person in Anspruch genommen werden.

2.5 Beitragsfreistellung

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 ist der für die versicherte Person vereinbarte Tarif PM1, PM2 oder PM3 ab dem Monat beitragsfrei, der auf den Monat folgt ab dem vom Versicherer Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4 gezahlt werden.

Die Beitragsfreistellung endet, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person sich auf weniger als Pflegegrad 4 vermindert. Geschieht dies untermonatlich, endet die Beitragsfreistellung mit Beginn des darauffolgenden Monats. Ab diesem Zeitpunkt ist, gegebenenfalls rückwirkend, der dann geltende Beitrag zu zahlen.

3. Planmäßige Erhöhung des Pflegemonatsgeld (Dynamik)

Der Versicherer erhöht das vereinbarte Pflegemonatsgeld nach folgenden Maßgaben alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Monatsgelds.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird das Pflegemonatsgeld kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet. Ein Tarifwechsel unterbricht die Frist und sie beginnt neu.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen für das zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Option zur Verbesserung des Versicherungsschutzes (Nachversicherungsoption)

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 genannten Ereignisse kann für die betroffene versicherte Person unter den in Nr. 4.2 genannten Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangt werden, dass entweder

- das Pflegemonatsgeld um bis zu 30 % (jeweils kaufmännisch gerundet auf volle 10 EUR) erhöht wird oder

- die Versicherung von Tarif PM3 in Tarif PM2 oder von Tarif PM2 in PM1 umgestellt wird.

Während der Vertragslaufzeit kann für eine versicherte Person insgesamt dreimal von Nachversicherungsoptionen Gebrauch gemacht werden. Tarifwechsel unterbrechen die Vertragslaufzeit nicht. Das heißt, Optionen, von denen bereits vor einem Tarifwechsel Gebrauch gemacht wurde, werden bei Ermittlung der Höchstzahl mitberücksichtigt.

Treten zu einem Termin zwei Ereignisse nach Nr. 4.1 ein, besteht nur eine Option.

Die Vertragsänderung wird zum nächsten Monatsersten wirksam, der auf den Eingang des Antrags beim Versicherer folgt.
Der für die Änderung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

4.1 Anlässe für eine Nachversicherungsoption

Von einer Nachversicherungsoption kann Gebrauch gemacht werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Vollendung des 18. Lebensjahrs
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung in einem von der Bundesanstalt für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf
- Erfolgreicher Abschluss eines berufsqualifizierenden Studiums an einer staatlich anerkannten Hochschule
- Heirat
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe für den Pflegefall aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Ausscheiden aus dem Kreis der in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen
- Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kinds der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kindes der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Einmalig während der Vertragslaufzeit: Abschluss eines Darlehensvertrags mit einer Darlehenssumme von mindestens 100.000 EUR zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandsetzung einer selbstgenutzten Immobilie

Werden zur Wahrnehmung eines Optionsrechts Daten zu Personen übermittelt, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses weder Versicherungsnehmer noch versicherte Person sind, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die betroffene Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter hierüber zu informieren und ihr das mit dem Versicherungsschein übersandte Datenschutzmerkblatt auszuhändigen. Der Versicherer stellt dieses auf Anforderung nochmals zur Verfügung.

4.2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine wirksame Geltendmachung einer Nachversicherungsoption sind:

- Der Antrag ist beim Versicherer innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 eingegangen,
- Das Versicherungsverhältnis ruht nicht und es ist keine Anwartschaft vereinbart,

Die versicherte Person
- hat das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- sie ist nicht pflegebedürftig und
- für sie ist kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt

Die Voraussetzungen müssen zum Zeitpunkt des jeweiligen Ereignisses nach Nr. 4.1 und bis zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags beim Versicherer vorliegen.

5. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 5.1 oder 5.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistungen (Pflegemonatsgeld, Unterstützungsleistungen), siehe aber Nr. 5.2,
- für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle werden Leistungen erst für die Zeit nach Beendigung des Ruhens erbracht,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es kann nicht von einer Nachversicherungsoption Gebrauch gemacht werden,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

5.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 5.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 5.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

5.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit ein Versicherungsfall ein, werden jedoch abweichend von Nr. 5 Satz 3 Pflegemonatsgeld gezahlt und die vertraglichen Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 erbracht.

Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kinds mit einem Alter von bis zu 6 Jahren gleichgestellt.

5.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 5.1 oder 5.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfbedürftigkeit,
- ein Ereignis nach Nr. 5.1 oder 5.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.

5.4 Herabsetzung des Pflegemonatsgelds

Ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 13 AVB/EPV kann eine Reduktion des Pflegemonatsgelds nach folgenden Maßgaben verlangt werden:

a) nach einem Ruhen innerhalb von sechs Monaten ab Beendigung des Ruhens,

b) anstatt des Ruhens innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ruhensgrunds.

Dabei darf das Pflegemonatsgeld 300 EUR nicht unterschreiten.

Eine spätere Erhöhung des Pflegemonatsgelds ohne Gesundheitsprüfung erfolgt ausschließlich unter den Voraussetzungen der Nrn. 3 (Dynamik) und 4 (Nachversicherungsoption).

Tarif PflegeVorsorge cash (PE)

Tarif PE gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV Teil I)

gültig ab 01.07.2019

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In den Tarif PE können alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland aufgenommen werden, die in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.

Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn die Versicherung in der SPV oder PPV ruht oder als Anwartschaftsversicherung geführt wird, es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart.

Tarif PE kann abgeschlossen oder fortgeführt werden, sofern für die versicherte Person eine Versicherung nach einem Tarif PM1, PM2 oder PM3 besteht. Endet die Versicherung nach Tarif PM1, PM2 und/oder PM3, so endet für die versicherte Person zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif PE. Ferner kann Tarif PE je versicherter Person nur einmal abgeschlossen werden.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 erbringt der Versicherer einmalig während der Vertragslaufzeit eine Einmalleistung. Die Einmalleistung kann ausgehend von einem Mindestsatz von 4.000 EUR in Schritten von 100 EUR vereinbart werden.
Die Höhe der vereinbarten Einmalleistung ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Auszahlung der Leistung

Der Versicherer zahlt die vereinbarte Einmalleistung auf Antrag.

a) Bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die SPV oder PPV

Die Leistung wird gezahlt, sobald für die versicherte Person durch einen entsprechenden Bescheid der SPV oder PPV über Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad 2 bis 5 nachgewiesen wurde

b) Wenn keine Feststellung durch von Pflegebedürftigkeit durch die SPV und PPV erfolgt

Der Versicherer zahlt die Leistung auf Antrag.
Wird durch die SPV und PPV kein Feststellungsverfahren durchgeführt, weil für die versicherte Person keine Versicherung in oder kein Leistungsanspruch gegenüber der SPV und PPV besteht, wird der Versicherer zur Feststellung ein Gutachten nach Maßgabe des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) veranlassen.

Eine erforderliche Untersuchung erfolgt in Deutschland auf Kosten des Versicherers durch einen von ihm beauftragten Gutachter, möglichst im Wohnbereich der versicherten Person.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann eine erforderliche Untersuchung durch einen in Deutschland ansässigen Gutachter auf Antrag auch außerhalb Deutschlands am dortigen Aufenthaltsort erfolgen. Die Mehrkosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer. Mehrkosten sind diejenigen Kosten, die die Kosten für eine Begutachtung in Deutschland bei Versicherung in der PPV übersteigen, einschließlich der Reisekosten zum Aufenthaltsort im Ausland und der Kosten für angemessene Unterkunft und Verpflegung des Gutachters. Der Versicherer kann die

Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen

2.2 Vertragsende bei Auszahlung der Leistung

Tarif PE endet mit Ablauf des Monats, in dem bei der versicherten Person erstmals Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wird.
Etwaig darüber hinaus bereits gezahlte Beiträge werden erstattet.

3. Planmäßige Erhöhung der Einmalleistung (Dynamik)

Der Versicherer erhöht die vereinbarte Einmalleistung alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Betrags.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird die Leistung kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für die versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 oder 4.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistung, siehe aber Nr. 4.2,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter

unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

4.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 4.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 4.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
  Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

4.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad 2 bis 5 ein, wird abweichend von Nr. 4 Satz 3 die Einmalleistung gezahlt.
Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kindes mit einem Alter von bis zu sechs Jahren gleichgestellt.

4.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 oder 4.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfebedürftigkeit
- ein Ereignis nach Nr. 4.1 oder 4.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.

4.4 Herabsetzung der Einmalleistung

Ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 13 AVB/EPV kann die Reduktion der Einmalleistung nach folgenden Maßgaben verlangt werden:

a) nach einem Ruhen innerhalb von sechs Monaten ab Beendigung des Ruhens,

b) anstatt des Ruhens innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ruhensgrunds.

Die gewünschte Einmalleistung muss mindestens 4.000 EUR betragen.

Eine spätere Erhöhung des Pflegemonatsgelds ohne Gesundheitsprüfung erfolgt ausschließlich unter den Voraussetzungen der Nrn. 3 (Dynamik).

Tarife MitgliederPflege premium (PM1M), MitgliederPflege comfort (PM2M) und MitgliederPflege classic (PM3M) - Pflegemonatsgeld

Die Tarife PM1M, PM2M und PM3M gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV Teil I)

gültig ab 01.07.2019

1. Aufnahmefähigkeit, versicherbarer Personenkreis, Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis

1.1 Versicherbarer Personenkreis

Nach den Tarifen PM1M, PM2M und PM3M versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebenjahrs).

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesen Tarifen getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

1.2 Aufnahmefähigkeit

Voraussetzung für den Abschluss einer Versicherung nach den Tarifen PM1M, PM2M und PM3M ist, dass die zu versichernde Person zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat und in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert ist. Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn die Versicherung in der SPV oder PPV ruht oder als Anwartschaftsversicherung geführt wird, es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart.

1.3 Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 ABV/EPV endet eine Versicherung nach den Tarifen PM1M, PM2M und PM3M mit Aussscheiden der versicherten Person aus dem nach Nr. 1.1 versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich mitzuteilen. Ab dem ersten des Monats, der auf das Ausscheiden folgt, wird die Versicherung nach dem entsprechenden leistungsgleichen Tarif PM1, PM2 oder PM3 unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegemonatsgeld kann ausgehend von einem Mindestsatz von 300 EUR in Schritten von 100 EUR vereinbart werden.

Das Pflegemonatsgeld wird im Versicherungsfall jeweils am Monatsende gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegemonatsgeld für den entsprechenden Monat voll gezahlt. Bei einer untermonatlichen Einstufung in einen anderen Pflegegrad oder Wechsel zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege, wird für den entsprechenden Monat das höhere Pflegemonatsgeld gezahlt.

Die Höhe der Leistung bemisst sich nach dem vereinbarten Tarif, dem festgestellten Pflegegrad und danach, ob die versicherte Person ambulant oder vollstationär gepflegt wird.

a) Ambulante Pflege

Als ambulante Pflege gelten:

- die häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte sowie nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, wie z. B. Angehörige,
- die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) im Sinne von § 41 Abs. 1 SGB XI (Anhang)
- die Kurzzeitpflege (zeitweise stationäre Pflege) im Sinne von § 42 SGB XI (Anhang),
- die Pflege in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Anhang), z. B. stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung im Vordergrund stehen sowie Behinderteneinrichtungen.

b) Vollstationäre Pflege

Als vollstationäre Pflege gilt die ganztägige Versorgung (tags und nachts) der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) nach § 71 Abs. 2 SGB XI (Anhang) sowie in vollstationären Hospizen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 4 SGB XI (Anhang).

Im Ausland gilt als vollstationäre Pflege, die ganztägige Versorgung (tags und nachts) in stationären Pflegeeinrichtungen, die selbstständig wirtschaften und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten und im Aufenthaltsland anerkannten Pflegefachkraft gepflegt werden. Die Leistungen der Einrichtung müssen dabei dem Versorgungsaufwand entsprechen, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt und Unterkunft, Verpflegung, Grund- sowie Behandlungspflege umfassen.

Krankenhäuser und Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation im Vordergrund stehen, sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Bedingungen.

Wird jedoch die vollstationäre Pflege allein wegen notwendiger Krankenhausbehandlung, eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung zur Vorsorge oder Rehabilitation vorübergehend unterbrochen, werden die Leistungen für vollstationäre Pflege weitergezahlt. Ansonsten wird Pflegemonatsgeld für ambulante Pflege gezahlt.

2.1 Tarife

Das Pflegemonatsgeld beträgt in:

a) Tarif PM1M

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	100 %	100 %
Pflegegrad 3	100 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

b) Tarif PM2M

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	30 %	100 %
Pflegegrad 3	70 %	100 %

Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

c) Tarif PM3M

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

2.2 Verdoppelung der Leistung

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls mindestens ein minderjähriges Kind, wird das Doppelte des für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgelds gezahlt. Dies gilt auch für den Fall, dass Pflegebedürftigkeit bei der versicherten Person wegen der Geburt eintritt.

Die Verdoppelung endet mit dem Monat, in dem das jüngste der spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit geborenen Kinder das 18. Lebensjahr vollendet.

2.3 Leistungsbeginn und Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Bei Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die SPV oder PPV

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Er erbringt seine Leistungen - gegebenenfalls auch rückwirkend - ab dem Zeitpunkt für den die SPV oder PPV Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt hat.

b) Wenn keine Feststellung durch die SPV und PPV erfolgt

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Wird durch die SPV und PPV kein Feststellungsverfahren durchgeführt, weil für die versicherte Person keine Versicherung in oder kein Leistungsanspruch gegenüber der SPV und PPV besteht, wird der Versicherer zur Feststellung ein Gutachten nach Maßgabe des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) veranlassen.

Eine erforderliche Untersuchung erfolgt in Deutschland auf Kosten des Versicherers durch einen von ihm beauftragten Gutachter, möglichst im Wohnbereich der versicherten Person.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann eine erforderliche Untersuchung durch einen in Deutschland ansässigen Gutachter auf Antrag auch außerhalb Deutschlands am dortigen Aufenthaltsort erfolgen. Die Mehrkosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer. Mehrkosten sind diejenigen Kosten, die die Kosten für eine Begutachtung in Deutschland bei Versicherung in der PPV übersteigen, einschließlich der Reisekosten zum Aufenthaltsort im Ausland und der Kosten für angemessene Unterkunft und Verpflegung des Gutachters. Der Versicherer kann die Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen. Dies gilt auch für Folgegutachten zum Nachweis der Fortdauer von Pflegebedürftigkeit.

Bestätigt das Gutachten eine Pflegebedürftigkeit, wird das tarifliche Pflegemonatsgeld frühestens für den Monat gezahlt, in dem der Antrag auf Leistungen beim Versicherer eingegangen ist, jedoch nicht für Zeiten vor Beginn des Monats, für den Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt wird.

2.4 Unterstützungsleistungen

Anspruch auf Unterstützungsleistungen besteht nur in Deutschland. Unterstützungsleistungen werden in Zeiträumen erbracht, in denen Pflegebedürftigkeit besteht oder in denen der behandelnde Arzt Pflegebedürftigkeit vermutet solange das jeweilige Feststellungsverfahren nicht ohne Feststellung eines Pflegegrades abgeschlossen ist.

Es werden folgende Unterstützungsleistungen, ggf. durch beauftragte Dienstleister, erbracht:

a) Telefonische Unterstützung

- Beratung und Information rund um das Thema Pflege z. B. zu Pflegeleistungen der zuständigen Leistungsträger (z. B. SPV, PPV, Sozialhilfe), Entlassungsmanagement bei einer anstehenden Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche oder stationäre Pflege

- Unterstützung bei Anträgen auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI einschließlich Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

- Demenzberatung
  individuelle Beratung und Information zu der Erkrankung mit Hinweisen zu Besonderheiten bei der Pflege

- Beratung und Information zum behindertengerechten Umbau von Kraftfahrzeugen einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung sind nicht Gegenstand des Tarifs.

- Beratung und Information zu Pflegehilfsmitteln

- Bei einer psychischen Belastungssituation im Pflegefall erfolgt einmalig eine psychosoziale Erstberatung der versicherten Person und ihrer nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen, z. B. Angehörige, durch einen Psychologen.

b) Unterstützung auch vor Ort

- Persönliche Beratung rund um die Pflege auf Wunsch vor Ort bei der versicherten Person, z. B. zur Organisation der Pflege, Planung von Pflegeeinsätzen einschließlich Information und Beratung zu Leistungen der SPV und PPV

- Wohnraumberatung mit Wohnraumbegehung
  Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Erhöhung des Pflegegrads besteht Anspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten einer alters- und behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfelds der versicherten Person und pflegeerleichternden Umbaumaßnahmen. Ferner zu den Möglichkeiten der Ausstattung von Wohnung oder Haus der versicherten Person mit Unterstützungssystemen (z. B. Notrufsysteme, Smart Home) einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung entsprechender Maßnahmen sind nicht Gegenstand des Tarifs.

c) Vermittlung von Pflegeleistungen

Der Versicherer nennt und vermittelt auf Wunsch:

- ambulante Pflegedienste

- Einrichtungen für teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

- Pflegeheimplätze

Im Bedarfsfall wird für eine bisher noch nicht vollstationär gepflegte versicherte Person einmal ein möglichst wohnortnaher Pflegeheimplatz (vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege) vermittelt. Die Vermittlung erfolgt von Montag bis Freitag innerhalb von 24 Stunden. Entspricht der vermittelte Pflegeplatz nicht den Wünschen der versicherten Person, z. B. weil in der gewünschten Region kurzfristig keine Einrichtung verfügbar ist, wird die Suche nach einer passenden Unterkunft fortgesetzt bis eine solche Einrichtung gefunden ist. Die 24-Stunden Frist gilt nicht für Kinder und nicht für selbstmordgefährdete Erwachsene. Es kann sich im Einzelfall für die erste Zeit auch dann um einen Platz für Kurzzeitpflege handeln, wenn ein vollstationärer Pflegeplatz gewünscht ist.

- Vermittlung von Pflegeschulungen für Pflegepersonen und nahe Angehörige (z. B. Eltern, Kinder, Geschwister, Schwiegereltern, -kinder, Verschwägerte).

d) Vermittlung von Alltagshilfen

Der Versicherer berät zu Alltagshilfen und nennt und vermittelt Dienstleister für Alltagshilfen:

- unterstützende Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Einkäufe, Menüservice)
- Fahrdienste
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Urlaubsangebote (z. B. barrierefreie Hotels) und Freizeitmöglichkeiten

e) Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

Unabhängig vom Versicherungsfall erteilt der Versicherer für die versicherte Person auf Anfrage telefonische Basisinformationen zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Es werden grundlegende, Fragen beantwortet und auf Wunsch entsprechende Vorlagen zugesandt.

Die Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 a) bis d) können auch von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen und nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) siehe Anhang, z. B. Ehegatten, Partner, Geschwister, Kinder, Schwiegerkinder, Eltern, Schwiegereltern oder Verschwägerten für die versicherte Person in Anspruch genommen werden.

2.5 Beitragsfreistellung

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 ist der für die versicherte Person vereinbarte Tarif PM1, PM2 oder PM3 ab dem Monat beitragsfrei, der auf den Monat folgt ab dem vom Versicherer Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4 gezahlt werden.

Die Beitragsfreistellung endet, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person sich auf weniger als Pflegegrad 4 vermindert. Geschieht dies untermonatlich, endet die Beitragsfreistellung mit Beginn des darauffolgenden Monats. Ab diesem Zeitpunkt ist, gegebenenfalls rückwirkend, der dann geltende Beitrag zu zahlen.

3. Planmäßige Erhöhung des Pflegemonatsgeld (Dynamik)

Der Versicherer erhöht das vereinbarte Pflegemonatsgeld nach folgenden Maßgaben alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Monatsgelds.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird das Pflegemonatsgeld kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet. Ein Tarifwechsel unterbricht die Frist und sie beginnt neu.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen für das zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Option zur Verbesserung des Versicherungsschutzes (Nachversicherungsoption)

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 genannten Ereignisse kann für die betroffene versicherte Person unter den in Nr. 4.2 genannten Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangt werden, dass entweder

- das Pflegemonatsgeld um bis zu 30 % (jeweils kaufmännisch gerundet auf volle 10 EUR) erhöht wird oder

- die Versicherung von Tarif PM3M in Tarif PM2M oder von Tarif PM2M in PM1M umgestellt wird.

Während der Vertragslaufzeit kann für eine versicherte Person insgesamt dreimal von Nachversicherungsoptionen Gebrauch gemacht werden. Tarifwechsel unterbrechen die Vertragslaufzeit nicht. Das heißt, Optionen, von denen bereits vor einem Tarifwechsel Gebrauch gemacht wurde, werden bei Ermittlung der Höchstzahl mitberücksichtigt.

Treten zu einem Termin zwei Ereignisse nach Nr. 4.1 ein, besteht nur eine Option.

Die Vertragsänderung wird zum nächsten Monatsersten wirksam, der auf den Eingang des Antrags beim Versicherer folgt.
Der für die Änderung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

4.1 Anlässe für eine Nachversicherungsoption

Von einer Nachversicherungsoption kann Gebrauch gemacht werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Vollendung des 18. Lebensjahrs
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung in einem von der Bundesanstalt für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf
- Erfolgreicher Abschluss eines berufsqualifizierenden Studiums an einer staatlich anerkannten Hochschule
- Heirat
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe für den Pflegefall aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Ausscheiden aus dem Kreis der in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen

- Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kinds der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kindes der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Einmalig während der Vertragslaufzeit: Abschluss eines Darlehensvertrags mit einer Darlehenssumme von mindestens 100.000 EUR zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandsetzung einer selbstgenutzten Immobilie

Werden zur Wahrnehmung eines Optionsrechts Daten zu Personen übermittelt, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses weder Versicherungsnehmer noch versicherte Person sind, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die betroffene Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter hierüber zu informieren und ihr das mit dem Versicherungsschein übersandte Datenschutzmerkblatt auszuhändigen. Der Versicherer stellt dieses auf Anforderung nochmals zur Verfügung.

4.2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine wirksame Geltendmachung einer Nachversicherungsoption sind:

- Der Antrag ist beim Versicherer innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 eingegangen,
- Das Versicherungsverhältnis ruht nicht und es ist keine Anwartschaft vereinbart

Die versicherte Person
- hat das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- sie ist nicht pflegebedürftig und
- für sie ist kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt

Die Voraussetzungen müssen zum Zeitpunkt des jeweiligen Ereignisses nach Nr. 4.1 und bis zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags beim Versicherer vorliegen.

5. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 5.1 oder 5.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistungen (Pflegemonatsgeld, Unterstützungsleistungen), siehe aber Nr. 5.2,
- für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle werden Leistungen erst für die Zeit nach Beendigung des Ruhens erbracht,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es kann nicht von einer Nachversicherungsoption Gebrauch gemacht werden,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

5.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 5.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 5.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
  Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

5.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit ein Versicherungsfall ein, werden jedoch abweichend von Nr. 5 Satz 3 Pflegemonatsgeld gezahlt und die vertraglichen Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 erbracht.

Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kinds mit einem Alter von bis zu 6 Jahren gleichgestellt.

5.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 5.1 oder 5.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfebedürftigkeit
- ein Ereignis nach Nr. 5.1 oder 5.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.

5.4 Herabsetzung des Pflegemonatsgelds

Ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 13 AVB/EPV kann eine Reduktion des Pflegemonatsgelds nach folgenden Maßgaben verlangt werden:

a) nach einem Ruhen innerhalb von sechs Monaten ab Beendigung des Ruhens,

b) anstatt des Ruhens innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ruhensgrunds.

Dabei darf das Pflegemonatsgeld 300 EUR nicht unterschreiten.

Eine spätere Erhöhung des Pflegemonatsgelds ohne Gesundheitsprüfung erfolgt ausschließlich unter den Voraussetzungen der Nrn. 3 (Dynamik) und 4 (Nachversicherungsoption).

Tarif MitgliederPflege cash (PEM)

Tarif PEM gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV Teil I)

gültig ab 01.07.2019

Tarif PEM kann abgeschlossen oder fortgeführt werden, sofern für die versicherte Person eine Versicherung nach einem Tarif PM1M, PM2M oder PM3M besteht.

Endet die Versicherung nach Tarif PM1M, PM2M und/oder PM3M, so endet für die versicherte Person zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif PEM. Ferner kann Tarif PEM je versicherter Person nur einmal abgeschlossen werden.

1. Aufnahmefähigkeit, versicherbarer Personenkreis, Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis

1.1 Versicherbarer Personenkreis

Nach Tarif PEM versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres).

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesen Tarifen getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen..

1.2. Aufnahmefähigkeit

Voraussetzung für den Abschluss einer Versicherung nach Tarif PEM ist, dass die zu versichernde Person zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat und in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert ist. Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn die Versicherung in der SPV oder PPV ruht oder als Anwartschaftsversicherung geführt wird, es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart.

1.3 Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 ABV/EPV endet eine Versicherung nach Tarif PEM mit Ausscheiden der versicherten Person aus dem nach Nr. 1.1 versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich mitzuteilen. Ab dem ersten des Monats, der auf das Ausscheiden folgt, wird die Versicherung nach Tarif PE unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

2. Versicherungsleistung

Bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 erbringt der Versicherer einmalig während der Vertragslaufzeit eine Einmalleistung. Die Einmalleistung kann ausgehend von einem Mindestsatz von 4.000 EUR in Schritten von 100 EUR vereinbart werden.
Die Höhe der vereinbarten Einmalleistung ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Auszahlung der Leistung

Der Versicherer zahlt die vereinbarte Einmalleistung auf Antrag.

a) Bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die SPV oder PPV

Die Leistung wird gezahlt, sobald für die versicherte Person durch einen entsprechenden Bescheid der SPV oder PPV über Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad 2 bis 5 nachgewiesen wurde

b) Wenn keine Feststellung durch von Pflegebedürftigkeit durch die SPV und PPV erfolgt

Der Versicherer zahlt die Leistung auf Antrag.
Wird durch die SPV und PPV kein Feststellungsverfahren durchgeführt, weil für die versicherte Person keine Versicherung in oder kein Leistungsanspruch gegenüber der SPV und PPV besteht, wird der Versicherer zur Feststellung ein Gutachten nach Maßgabe des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) veranlassen.

Eine erforderliche Untersuchung erfolgt in Deutschland auf Kosten des Versicherers durch einen von ihm beauftragten Gutachter, möglichst im Wohnbereich der versicherten Person.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann eine erforderliche Untersuchung durch einen in Deutschland ansässigen Gutachter auf Antrag auch außerhalb Deutschlands am dortigen Aufenthaltsort erfolgen. Die Mehrkosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer. Mehrkosten sind diejenigen Kosten, die die Kosten für eine Begutachtung in Deutschland bei Versicherung in der PPV übersteigen, einschließlich der Reisekosten zum Aufenthaltsort im Ausland und der Kosten für angemessene Unterkunft und Verpflegung des Gutachters. Der Versicherer kann die Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen

2.2 Vertragsende bei Auszahlung der Leistung

Tarif PE endet mit Ablauf des Monats, in dem bei der versicherten Person erstmals Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wird.
Etwaig darüber hinaus bereits gezahlte Beiträge werden erstattet.

3. Planmäßige Erhöhung der Einmalleistung (Dynamik)

Der Versicherer erhöht die vereinbarte Einmalleistung alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Betrags.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird die Leistung kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für die versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen

Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 oder 4.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistungen, siehe aber Nr. 4.2,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

4.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 4.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 4.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
  Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

4.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad 2 bis 5 ein, wird abweichend von Nr. 4 Satz 3 die Einmalleistung gezahlt.
Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kindes mit einem Alter von bis zu sechs Jahren gleichgestellt.

4.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 oder 4.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfebedürftigkeit
- ein Ereignis nach Nr. 4.1 oder 4.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.

4.4 Herabsetzung der Einmalleistung

Ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 13 AVB/EPV kann die Reduktion der Einmalleistung nach folgenden Maßgaben verlangt werden:

a) nach einem Ruhen innerhalb von sechs Monaten ab Beendigung des Ruhens,

b) anstatt des Ruhens innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ruhensgrunds.

Die gewünschte Einmalleistung muss mindestens 4.000 EUR betragen.

Eine spätere Erhöhung des Pflegemonatsgelds ohne Gesundheitsprüfung erfolgt ausschließlich unter den Voraussetzungen der Nrn. 3 (Dynamik).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 1 a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 4
§ 3 Wartezeit 5
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen 7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 7

Pflichten des Versicherungsnehmers **7**
§ 8 Beitragszahlung 7
§ 8 a Beitragsberechnung 8
§ 8 b Beitragsanpassung 9
§ 9 Obliegenheiten 9
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 10
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 10
§ 12 Aufrechnung 11

Ende der Versicherung **11**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 11
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 12

Sonstige Bestimmungen **12**
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 12
§ 17 Gerichtsstand 12
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 13
§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher 13

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV)

Teil I Tarifbedingungen

Stand 01.01.2023

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen - AVB/PZV - einschließlich des Tarifs, sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB nach § 18 geändert.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(6) 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 einen 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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. 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.

§ 1 a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer,

voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

(a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

(b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

(c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

(d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

(e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wäremeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monate werden auf Basis ihrer Gesampunkte nach § 15 Absatz 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. 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 oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Für Neugeborene besteht Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ein Elternteil ist am Tage der Geburt mindestens seit drei Monaten versichert,
- die Anmeldung des Neugeborenen erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend,
- der Versicherungsschutz ist nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils.

Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

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

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an. Sie beträgt 3 Jahre.

(2) Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, in Tarif PT frühestens ab dem 92. Tag nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit. Wird unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt Pflegebedürftigkeit festgestellt, so werden in Tarif PT die Krankenhausaufenthaltstage auf die Karenzzeit von 91 Tagen angerechnet.

(2) Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ärztliche Bescheinigungen in angemessenen Abständen nachzuweisen. Der Nachweis kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Nachweise, die im Rahmen der Pflege-Pflichtversicherung erbracht werden, gelten entsprechend für die Pflegezusatzversicherung. Die Kosten der Untersuchungen, die für die Erbringung des Nachweises notwendig sind, trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Bescheinigungen von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

(3) Häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind, oder mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden sind.

(4) Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(5) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen. Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können weiter zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen. Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jeweils vom Vorstand festgelegt. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach den festgelegten Tarifen versichert war und hieraus keine Versicherungsleistungen erbracht wurden, es sei denn, der Vorstand legt für das Kalenderjahr, für das die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, fest, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht. In diesem Fall wird der Versicherungsnehmer entsprechend informiert.

Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr weniger als 12 monatliche Beitragsraten in den festgelegten Tarifen fällig waren,

- im abgelaufenen Kalenderjahr eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand,

- die fälligen Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung nicht vollständig - gegebenenfalls inklusive Mahnkosten - gezahlt waren,

- die Versicherung dieser Person in den festgelegten Tarifen oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung am 01. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht, es sei denn, diese Versicherung endete durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung.

Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, daß die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt sind.

Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 01.07. des Folgejahrs vorgenommen. Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstands heranzuziehen.

(6) 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 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Personen oder Einrichtungen, 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;

d) für Aufwendungen aus Pflege durch den Ehegatten, Verwandte, Verschwägerte oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen. Soweit der Tarif es vorsieht, wird jedoch ein Pflegetagegeld gezahlt;

e) während stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung und während Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, 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.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden, es sei denn, der Versicherungsnehmer benennt ein Inlandskonto, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(5) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs 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.

In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen

Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

(2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

(4) Die erste Beitragsrate ist nach Aushändigung des Versicherungsscheines, bei einem in der Zukunft liegenden Versicherungsbeginn spätestens zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

(8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person

und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt. Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

(3) Zur Finanzierung von Beitragsermäßigungen oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zugeschrieben und ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten entsprechend verwendet.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- oder Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(5) 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich nach Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflege-Pflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrundegelegt.

(3) (entfallen)

(4) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Feststellung - durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Entsprechendes gilt für jede Minderung der Pflegebedürftigkeit. Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

(5) Nach Eintritt des Versicherungsfalles nach § 1 Absatz 2 sind ferner unverzüglich anzuzeigen jede stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder die Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegezusatzversicherung (nicht Pflege-Pflichtversicherung) darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht. Wird die Minderung der Pflegebedürftigkeit verspätet gemeldet, sind gegebenenfalls die zuviel erbrachten Leistungen zurückzuzahlen; dies gilt entsprechend, wenn die Anzeige gemäß § 9 Absatz 5 verspätet gemeldet wird.

(2) Werden die in § 9 Absatz 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von 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 (siehe Anhang), 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Der Vertrag wird pro Person erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

(3) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Dieses Recht kann jedoch nicht so ausgeübt werden, dass ab Geburt mitversicherte Minderjährige ohne einen Elternteil versichert bleiben.

(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 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 nach § 18 Absatz 1, 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 Änderung 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 Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(8) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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) Das Versicherungsverhältnis in der Pflegekostenversicherung endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicher kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

(4) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

(5) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten/Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 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) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher

Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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) 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.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung haben, werden nach der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	**Zuordnung ab 01.01.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 3) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetztlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird nach § 1 Absatz 12 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

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

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

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.

Tarif PTU - Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5

Der Tarif PTU gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung, Tarifbedingungen (AVB/PZV Teil I).

gültig ab 01.01.2023

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

1.2 Das Pflegetagegeld muss mindestens 10 EUR betragen und darf bei Minderjährigen nicht höher sein als 60 EUR.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld wird ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit je nach Zuordnung zu einem Pflegegrad 2 bis 5 - unabhängig davon, ob es sich um Pflege durch Familienangehörige, Freunde, Fachpersonal etc., häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege handelt - gezahlt:
für Pflegebedürftige des

Pflegegrads 2	zu 50 %
Pflegegrads 3	zu 100 %
Pflegegrads 4	zu 100 %
Pflegegrads 5	zu 100 %

Nach einer mindestens 91 Tage fortdauernden Änderung des Pflegegrads ändert sich die Höhe der Tarifleistung entsprechend.

3. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/PZV gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/PZV vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Besondere Vereinbarung zur unfallbedingten Pflegebedürftigkeit im Rahmen der GarantieRente-PflegePlus

Während der Dauer der kleinen Anwartschaftsversicherung nach Tarif PTU besteht in Höhe des vereinbarten Tagessatzes voller Versicherungsschutz nach Tarif PTU; dieser ist jedoch beschränkt auf Versicherungsfälle im Sinne von § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV), die unmittelbare Folge eines Unfalls sind.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

AWG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

gültig ab 01.07.2013

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Voraussetzungen

Eine große Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer

a) einer vorübergehenden gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
b) einer vorübergehenden Familienversicherung
c) des Anspruchs auf Heilfürsorge
d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes.

In der Krankentagegeldversicherung ist darüber hinaus eine große Anwartschaftsversicherung möglich

a) für Arbeitnehmer für die Dauer des Erziehungsurlaubs
b) für die Dauer einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, wenn der Krankentagegeldtarif wegen dieser Berufsunfähigkeit beendet wurde und die Anwartschaftsversicherung in unmittelbarem Anschluss daran beginnt.

In der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung ist ferner eine große Anwartschaftsversicherung möglich, wenn der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI entfällt wegen

a) Zuteilung der Pflegevorsorgezulage zu einem anderen Vertrag,
b) Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung,
c) Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, außerdem
d) für Personen, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

Die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung und deren Wegfall ist dem Versicherer nachzuweisen.

§ 3 Gegenstand der großen Anwartschaftsversicherung

a) Mit der Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall der Voraussetzung unter der die Anwartschaftsversicherung gemäß § 2 beantragt wurde oder nach Ablauf der vereinbarten Dauer, für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung vollen Krankenversicherungsschutz nach dem bisher in Anwartschaft stehenden Tarif zu erhalten.

b) Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.

c) Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

§ 4 Aufleben des vollen Versicherungsschutzes

a) Der Wegfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der volle Versicherungsschutz lebt dann zum 1. des Monats zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen auf, in dem die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung entfallen ist. Gleichzeitig endet die Anwartschaftsversicherung.

b) Versäumt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Meldung des Wegfalls einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung, kann der Versicherer, ausgenommen die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, das Aufleben des vollen Versicherungsschutzes von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. Der Versicherungsschutz kann dann frühestens am nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer aufleben.

c) Bei einer befristeten Anwartschaft endet diese mit Ablauf der vereinbarten Dauer. In diesem Falle lebt der volle Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung auf. Eine befristete Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag jeweils bis zu einem Jahr verlängert oder auch vorzeitig beendet werden. Der Versicherer hat das Recht, den Antrag auf Verlängerung abzulehnen.

d) Nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes besteht im tariflichen Umfang Leistungsanspruch auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes fällt.

   Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Anwartschaftsversicherung der Versicherung mit vollem Versicherungsschutz gleichgestellt.

e) Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist bei der großen Anwartschaftsversicherung der Beitrag zu entrichten, der zu zahlen wäre, wenn während der Anwartschaftsversicherung voller Versicherungsschutz bestanden hätte.

f) Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an zu entrichten.

g) Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 5 Beiträge

a) Die monatliche Beitragsrate für die große Anwartschaftsversicherung errechnet sich entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen jeweils als Prozentsatz des tariflichen Beitrags, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen werden für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht berechnet.

b) Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, so wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend verändert. Hierbei gilt insbesondere § 8 b AVB bzw. § 11 AVB/GEPV 2013 (Beitragsanpassung).

c) In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung gilt für den Prozentsatz gemäß a) § 8 b Absatz 1 Satz 4 AVB/KK 2009 bzw. AVB/KK 2013 bzw. § 11 AVB/GEPV 2013 entsprechend.
   Der für die Anwartschaftsversicherung in der Krankentagegeldversicherung geltende Prozentsatz kann unter den gleichen Voraussetzungen, die für den Beitrag gemäß § 8 b Absatz 1 AVB/KT 2009 festgelegt sind, entsprechend geändert werden.

AWKL - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung

Stand 01.07.2013

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Voraussetzungen

1. Eine kleine Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer

   a) einer vorübergehenden gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder
   b) einer vorübergehenden Familienversicherung oder
   c) des Anspruchs auf Heilfürsorge oder
   d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes oder
   e) einer wirtschaftlichen Notlage oder
   f) eines im Voraus fest vereinbarten Zeitraumes bei Vorliegen besonderer Umstände oder
   g) der Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler sowie der Besonderen Bedingungen für Personen in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf.

2. Der Abschluss einer kleinen Anwartschaftsversicherung ist auch möglich zur Erlangung des Versicherungsschutzes der Stationärtarife S 101 bzw. S 102

   a) für die Dauer der Berufstätigkeit nur eines Ehegatten, wobei beide Ehegatten sowie deren Kinder beim Versicherer nach Tarif S 103 zu versichern sind. Die Anwartschaftsversicherung muss vereinbart werden für die Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung nach Tarif SG 1 bzw. Tarif SG 2. Bei der Umwandlung einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung hat die Anwartschaftsversicherung den bisher versicherten Wahlleistungen zu entsprechen.

      Wird für eine versicherte Person keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen, gelten bei der späteren Umwandlung des Tarifes S 103 in den Tarif S 101 bzw. S 102 die Regelungen des § 1 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2009.

   b) Zusätzlich zu der vorgenannten Regelung kann bei Vereinbarung einer Anwartschaftsversicherung in den Tarifen SG 1 oder SG 2 die Umwandlung des Tarifes S 103 in den Tarif S 101 bzw. S 102 unter folgenden Voraussetzungen beantragt werden.

      Umstellungstermin kann nur der 1. Januar des Kalenderjahres sein, der auf die Vollendung des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres der versicherten Person folgt und der Antrag auf Umwandlung in den höheren Versicherungsschutz muss mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin gestellt werden. Gleichzeitig ist gegebenenfalls die Umwandlung des Tarifes S 103 für in diesem Tarif und mit einer Anwartschaftsversicherung für stationäre Wahlleistungen versicherte Kinder zu beantragen.

3. In der Krankentagegeldversicherung ist darüber hinaus eine kleine Anwartschaftsversicherung möglich

   a) für Arbeitnehmer für die Dauer der Elternzeit,

   b) für die Dauer einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit.

4. In der Pflege-Zusatzversicherung ist die kleine Anwartschaftsversicherung nach § 2 Nr. 1 f) nur möglich für einen festgelegten Zeitraum von mindestens 5 Jahren.

§ 3 Gegenstand der kleinen Anwartschaftsversicherung

1. Mit der kleinen Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall der Voraussetzung, unter der die Anwartschaftsversicherung gemäß § 2 beantragt wurde oder nach Ablauf der vereinbarten Dauer für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung vollen Krankenversicherungsschutz nach dem bisher in Anwartschaft stehenden Tarif zu erhalten. Bei einer Anwartschaftsversicherung nach § 2 Nr. 2) gilt dieses Recht für die Umwandlung von Tarif S 103 in Tarif S 101 bzw. Tarif S 102.

2. Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.

3. Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

§ 4 Aufleben des vollen Versicherungsschutzes

1. Der Wegfall einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung mit Ausnahme einer zeitlich befristeten Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der volle Versicherungsschutz lebt dann zum 1. des Monats zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen auf, in dem die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung entfallen ist. Gleichzeitig endet die Anwartschaftsversicherung.

2. Versäumt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Meldung des Wegfalls einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung, kann der Versicherer das Aufleben des vollen Versicherungsschutzes von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. Der Versicherungsschutz kann dann frühestens am nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer aufleben.

3. Bei einer befristeten Anwartschaftsversicherung endet diese mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Der volle Versicherungsschutz lebt im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung auf.

4. Nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes besteht ein Leistungsanspruch im tariflichen Umfang auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes fällt.

   Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Anwartschaftsversicherung der Versicherung mit vollem Versicherungsschutz gleichgestellt.

5. Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist bei vorheriger kleiner Anwartschaftsversicherung für die betreffenden Tarife der dann gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter unter Anrechnung bisher erworbener Rechte zu entrichten.

6. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an zu entrichten.

7. Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 5 Beiträge

1. Die monatliche Beitragsrate für die kleine Anwartschaftsversicherung errechnet sich entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen jeweils als Prozentsatz des tariflichen Beitrags, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen werden für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht berechnet.

2. Der für die Anwartschaftsversicherung geltende Prozentsatz kann im Rahmen einer Beitragsanpassung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen aktualisiert werden.

3. Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, ändert sich der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Optionstarif OT (AVB/OT)

gültig ab 01.01.2022

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle in der Bundesrepublik Deutschland wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei Abschluss des Optionstarifs diesen spätestens innerhalb von vier Versicherungsjahren in eine Vollversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG umwandeln können. Die Versicherung im Optionstarif kann nur einmal vereinbart werden. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Optionsrecht

2.1 Die im Optionstarif versicherten Personen haben das Recht, bei Wechselmöglichkeit in eine private Vollversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG den Optionstarif in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung und - sofern gewünscht - zusätzliche Tarife sowie in die Pflegepflichtversicherung der R+V Krankenversicherung AG ohne erneute Gesundheitsprüfung umzustellen (Optionsrecht). Das Optionsrecht kann auch ausgeübt werden durch Wechsel in eine Krankenzusatzversicherung. Die Umstellung kann nur in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind und sofern Versicherungsfähigkeit in diesen Tarifen gegeben ist.

2.2 Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht für die Dauer des Optionstarifs auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.

2.3 Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise der Optionstarif bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

3. Ausübung des Optionsrechts

3.1 Das Optionsrecht muss innerhalb des in Nr. 1 genannten Zeitraums ausgeübt werden. Der Wechsel in eine reine Krankenzusatzversicherung kann jedoch nur zum 01.01. des Kalenderjahres beantragt werden, der auf die maximale Versicherungsdauer im Optionstarif folgt.

3.2 In der Krankentagegeldversicherung ist maximal die Absicherung des Nettoeinkommens möglich zuzüglich der Beitragszahlung zur Absicherung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

3.3 Die Höhe des versicherbaren Tagessatzes richtet sich in Tagegeldtarifen nach den Annahmerichtlinien des Versicherers, wie sie im Zeitpunkt des Abschlusses des Optionstarifs bestehen.

3.4 Nach Ausübung des Optionsrechts besteht ein Leistungsanspruch im tariflichen Umfang auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer des Optionstarifs eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Umwandlung in die anderen Tarife fällt.

3.5 Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Dauer der Versicherung im Optionstarif derjenigen in den Tarifen, in die er umgewandelt wird, gleichgestellt.

3.6 Nach Ausübung des Optionsrechts ist für die betreffenden Tarife der dann gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter unter Anrechnung gegebenenfalls bisher erworbener Rechte zu entrichten.

3.7 Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt der Umstellung in die anderen Tarife zu entrichten.

4. Beitragszahlung

4.1 Die Beiträge für den Optionstarif sind Monatsbeiträge. Sie sind am Ersten eines jeden Monats fällig. In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

4.2 Die Festsetzung der Beiträge richtet sich ausschließlich nach dem Eintrittsalter, d. h. dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem der Tarif beginnt. Es werden Beitragsgruppen gebildet von Alter 0 - 15, 16 - 50, 51 - 60, ab 61 Jahre.

4.3 Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

4.4 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

4.5 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

4.6 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

4.7 Endet der Optionstarif, ohne dass von dem Optionsrecht Gebrauch gemacht wurde, erlöschen die aus dem Optionstarif erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

5. Beitragsberechnung

5.1 Die Beiträge des Optionstarifs sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Sie sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

5.2 Risikozuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen oder Leistungsausschlüsse werden für die Dauer des Optionstarifs nicht erhoben. Bei Umwandlung in andere Tarife können sie nur aufgrund der bei Beantragung des Optionstarifs durchgeführten Gesundheitsprüfung berechnet werden.

6. Ende der Versicherung im Optionstarif

Die Versicherung im Optionstarif endet spätestens

- mit Ablauf des vollen dritten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn;
- mit der Ausübung des Optionsrechts;
- mit dem Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse oder dem Anspruch auf Familienversicherung.

7. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

7.1 Der Vertrag wird pro Person erstmals für ein Versicherungsjahr (siehe Nr. 1) abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

7.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

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

7.4 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.

8. Kündigung durch den Versicherer

8.1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

9. Sonstige Beendigungsgründe

9.1 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 Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

9.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

9.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat, der Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, wird der Optionstarif fortgeführt, es sei denn, die versicherte Person kann das Optionsrecht nicht mehr innerhalb des in Nr. 1 genannten Zeitraums geltend machen.

9.4 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der in Nr. 9.3 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer besonderen Vereinbarung fortgesetzt wird.

10. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

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

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

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB (AVB/OTB)

gültig ab 01.01.2021

1. Allgemeine Bestimmungen

Für die Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013), soweit sie nicht durch nachstehende Bedingungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Tarif OTB kann abgeschlossen werden, wenn für die zu versichernde Person beim Versicherer bisher keine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

2.2 Versicherungsfähig sind Studenten und Absolventen von Hochschulen (Universitäten, Fachhochschulen, Gesamthochschulen), die versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder im Wege der Familienversicherung in der GKV versichert sind und deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer ist.

2.3 Darüber hinaus versicherungsfähig sind Beamte der Polizei, Bundespolizei und der Feuerwehr mit Anspruch auf Heilfürsorge.

3. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB

3.1 Mit der Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Berufung in das Beamtenverhältnis bzw. bei Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge das Versicherungsverhältnis für den Beamten ohne erneute Gesundheitsprüfung in zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang offene beihilfekonforme Krankheitskostentarife (einschließlich Beihilfeergänzungs- und Wahlleistungstarif) sowie für Versicherungsbeginne ab 01.01.2021 gleichzeitig auch in die Pflegepflichtversicherung der R+V Krankenversicherung AG umzustellen. Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst nach erfolgter Umstellung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen nach Maßgabe der Bedingungen des Tarifs bzw. der Tarife, in die umgestellt wird. Während der Anwartschaft besteht kein Anspruch aus der Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung.

3.2 Voraussetzung für die Umstellung in den oder die Tarif(e) mit Leistungsanspruch ist, dass der Antrag auf Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach der Berufung in das Beamtenverhältnis bzw. Wegfall des Anspruches auf Heilfürsorge beim Versicherer eingeht und die Umstellung rückwirkend zu diesem Zeitpunkt beantragt wird.

Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Berufung in das Beamtenverhältnis bzw. des Wegfalls der Heilfürsorge. Die Versicherungszeit nach Tarif OTB wird auf etwaige Wartezeiten angerechnet.

3.3 Von dem Zeitpunkt an, ab dem der oder die Tarif(e) mit Leistungsanspruch vereinbart wird/werden, ist für den oder die betreffenden Tarif(e) der dann gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter unter Anrechnung ggf. bisher erworbener Rechte zu zahlen.

3.4 Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

3.5 Während der Dauer der Versicherung nach Tarif OTB wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

4. Beitrag

Der monatliche Beitrag ergibt sich aus den technischen Berechnungsgrundlagen und ist im Versicherungsschein ausgewiesen. In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

5. Ende der Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB

5.1 Tarif OTB endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzung nach Nr. 2.2 bzw. 2.3 entfällt.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Voraussetzung dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen. Etwaige bis zur fristgemäßen Mitteilung gezahlten Beiträge werden erstattet.

Erfolgt die Information erst nach Ablauf dieser Frist, so endet Tarif OTB zum Ende des Monats, in dem der Versicherer Kenntnis von der Änderung erhalten hat. Die Ansprüche nach Nr. 3 entfallen. Es erfolgt keine Rückzahlung von Beiträgen.

5.2 Für Versicherte nach Nr. 2.2 endet Tarif OTB ferner spätestens mit Ablauf von 6 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

5.3 Wird Tarif OTB gekündigt, entfallen die Ansprüche nach Nr. 3. Eine Rückzahlung von Beiträgen ist ausgeschlossen.

6. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Vertrag wird pro Person abweichend von § 2 Absatz 1 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2013 erstmals für ein Versicherungsjahr (siehe Nr. 5.2) geschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz **2**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 5
§ 3 Wartezeit 6
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 6
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 14
§ 5 a Leistungsausschluss 15
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung 15
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 17

Pflichten des Versicherungsnehmers **18**
§ 8 Beitragszahlung 18
§ 8 a Beitragsberechnung 19
§ 8 b Beitragsanpassung 20
§ 9 Obliegenheiten 20
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 21
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 21
§ 12 Aufrechnung 21

Ende der Versicherung **22**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 22
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 22
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 23

Sonstige Bestimmungen **23**
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 23
§ 17 Gerichtsstand 23
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 24
§ 19 Beitragsrückerstattung 24

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Teil I Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung MB/PPV 2026

Stand 01.04.2026

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die köperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Absatz 14 in Verbindung mit § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der

Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wäremeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

(4) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § SGB XI (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang)

festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsam gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 4 bis 8 entsprechend.

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Diensts der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Absatz 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Absatz 14 in Verbindung mit § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang).

(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2022 II, Tarif PP, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(13) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PPB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PPN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PPN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PPB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(15) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Absatz 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgen.

(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, sofern nicht Beitragsfreiheit nach § 8 Absatz 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) nach Nr. 1 des Tarifs PP. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang) sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstandsschutzregelungen.
Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,

2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie

3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen.
Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld nach Nr. 2.1 des Tarifs PP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang

entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds wird während einer Ersatzpflege nach Absatz 6 und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegelds nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI - siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld nach Nr. 2.1 des Tarifs PP anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) erhalten.

(4) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachperson, abzurufen; versicherte Personen der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung nach Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden nach Nr. 2.2 des Tarifs PP erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.

Versicherte Personen mit Pflegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden nach Nr. 2.2 des Tarifs PP erstattet.
Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.
Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen häuslichkeit zu erfolgen.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PP erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr nach Nr. 3 des Tarifs PP erstattet.
Die Erstattung der Ersatzpflegekosten setzt voraus, dass ein Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt wird, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.

(7) Versicherte Personen haben nach Nr. 4 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 Sozialgesetzbuch SGB - Fünftes Buch - V (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können nach Nr. 4.3 des Tarifs PP subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grunds, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag nach Nr. 13 des Tarifs PP, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,

2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,

3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant

betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen nach Nr. 5 des Tarifs PP. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten nach § 82 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 nach Nr. 6 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

a) für die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder

b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben nach Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist nach Nr. 7.3 des Tarifs PP auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei

Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen nach Nr. 7.5 des Tarifs PP.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PP.
Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal.

(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PP.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit nach Nr. 8 des Tarifs PP. Die Feststellungen nach § 6 Absatz 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit nach Nr. 8 des Tarifs PP.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Absatz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PP auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Verstirbt die versicherte Person innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit gezahlt.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung

oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch - VII - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PP.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Absatz 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PP.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Diese Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PP.

H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PP.

Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11 a) bis d) des Tarifs PP Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PP bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PP zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abruft, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Absatz 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,

b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,

c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,

d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,

e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie

f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,

oder

b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder, telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PP einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PP. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen EUR erreicht worden ist.

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und entweder die häusliche Versorgungssituation der versicherten Person stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinproduktrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist höchstens für sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PP.

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Absatz 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.

(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PP.

M. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

(26) Versicherte Personen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI (siehe Anhang) haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nummer 17 des Tarifs PP.

(27) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben je Kalendermonat zudem Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß Absatz 1. Bei nur teilweiser Inanspruchnahme besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß Absatz 5 Satz 1 und 2.

(28) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 26 und 27 können Leistungen gemäß den Absätzen 14 bis 14b, 15, 18, 20 und 21 sowie Nummer 4.1 und 4.2 des Tarifs PV in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen gemäß Absatz 13 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß Absatz 10 Satz 3 Buchstabe a) bis zur Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags gemäß Nr. 6 des Tarifs PP.

(29) Die Absätze 26 bis 28 gelten nicht in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt acht Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz nach § 4 Absatz 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Soldatenentschädigungsgesetz oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten acht Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt;

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen nach § 4 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges

Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung sowie digitale Pflegeanwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V oder nach § 4 Absatz 23 Satz 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

(3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif nach § 193 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vergleiche § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt

oder durch einen Gutachter des medizinischen Diensts der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen nach § 4 Absatz 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten gegebenenfalls auch solche nach § 4 Absatz 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Absatz 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die nach Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, ergänzt oder ersetzt werden.

Die Kosten der genannten Untersuchungen (Feststellungen und Ermittlungen) trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalls behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 24, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in den Absätzen 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung nach Nr. 12 des Tarifs PP. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zum Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung oder des Versicherers über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

(2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder

3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.

(2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an 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.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(7) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,

b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,

c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,

d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 01.10.2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten, wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,

d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - (siehe Anhang) außerstande sind,

sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfreiversichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Diensts bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze nach § 55 Absatz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

(6) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung nach § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) kündigen.

(9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung nach 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.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie nach § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 1 Absatz 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen nach Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit nach § 4 Absatz 14 erbringt.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalls nach § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen nach § 5 Absatz 1 b).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges

sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer nach § 290 SBG V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Unbeschadet des Kündigungsrechts nach § 14 Absatz 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

(3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs nach § 86 VVG (siehe Anhang), 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem 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 auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang -) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung 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 in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrags der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung nach Maßgabe von § 14 Absatz 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückhalten.

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung nach § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis nach Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absatz 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang nach § 110 Absatz 1 Nr. 1,

Absatz 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwangs nach Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Absatz 6) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung nach § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht nach § 5 Absatz 1 a).

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten 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) 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.

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem "Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung" der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 01. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht nach § 26a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2026 entfällt die Wartezeit;

2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2026 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;

3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2026

   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 01.10.2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

      Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheids verlangen.

      Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

   b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8 a Absatz 2 MB/PPV 2026 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich nach Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht

in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG (siehe Anhang) versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2026

a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 01. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrags herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) - oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist;

c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 01. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrags herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Absatz 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Absatz 5 SGB V (siehe Anhang) vermindert.

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

gültig ab 01.04.2026

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 und Tarif PP) gilt:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nr. 9 SGB XI werden in Tarifstufe PPN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.

2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 - 16 des Tarifs PP sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2026 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.

4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags nach § 8 Absatz 5 MB/PPV 2026, Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI", der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG" oder der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

5. Nach Wegfall der Eigenschaft nach Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahrs, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe Nr. 4 Sätze 1 und 2.

6. Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b MB/PPV 2026 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 01.01.1996 maßgeblichen Verhältnis entspricht.

7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarung gilt § 18 MB/PPV 2026 entsprechend.

Tarif PP mit Tarifstufen PPN und PPB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit Teil I Bedingungen (MB/PPV 2026) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PPN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 bis 17 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PPB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen nach § 23 Absatz 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) in Verbindung mit § 46 Absatz 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,

2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent,

3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Absatz 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent,

4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent,

5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent

der in Tarifstufe PPN nach den Nummern 1 bis 16 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 bis 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a)	für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2	bis zu 796 EUR
b)	für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3	bis zu 1.497 EUR
c)	für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4	bis zu 1.859 EUR
d)	für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5	bis zu 2.299 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung nach § 89 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

a) 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2,
b) 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3,
c) 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4,
d) 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.
In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet.

In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben und mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung zum einen auf den Betrag des Pflegegelds für den festgestellten Pflegegrad nach Nr. 2.1 des Tarifs PP und zum anderen auf zwei Monate begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen unter Anrechnung der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den Gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1 begrenzt.

Wird die Ersatzpflege nach Satz 2 erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung bis zur Höhe des in Satz 1 genannten Betrags.

Der Nachweis über die Kosten der Ersatzpflege muss bis zum Ablauf des Kalenderjahres gestellt werden, das auf die jeweilige Durchführung der Ersatzpflege folgt.

In Tarifstufe PPB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Absatz 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für Pflegehilfsmittel zu

100 %

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden je Kalendermonat bis zu

42 EUR

erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sind auf

4.180 EUR

je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.720 EUR berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PPB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 2	bis zu 721 EUR,
b)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 3	bis zu 1.357 EUR,
c)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 4	bis zu 1.685 EUR,
d)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 5	bis zu 2.085 EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrags sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege, sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1 ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PP gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen nach § 4 Absatz 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2 in Höhe von 805 EUR je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3 in Höhe von 1.319 EUR je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4 in Höhe von 1.855 EUR je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5 in Höhe von 2.096 EUR je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 278 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen

die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig nach § 4 Absatz 11 Satz 3 ist ein Betrag von 3.085 EUR.

In Tarif PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.4 Erstattungsfähig sind die nach § 84 Absatz 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Absatz 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 131 EUR je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - (siehe Anhang).

In Tarifstufe PPB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellung nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dürfen die tatsächliche Höhe dieser Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgelds bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang). Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Absatz 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag von 209 EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarifstufe PPB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,

b) der Kurzzeitpflege,

c) der Pflegekräfte nach § 4 Absatz 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder

d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang),

werden bis zu

131 EUR

monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Absatz 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR. Die Zahlung hat nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen und danach für jede weitere begonnene Woche unverzüglich zu erfolgen.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Absatz 7a beträgt 224 EUR.

In Tarifstufe PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.452 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.613 EUR.

In Tarifstufe PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen bis zu insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu insgesamt 30 Euro im Kalendermonat des nach § 78a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind und wird ab dem Zeitpunkt wirksam, ab dem die Vergütungsvereinbarung bezüglich der digitalen Pflegeanwendung gilt. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

In Tarifstufe PPB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Absatz 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

In Tarifstufe PPB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

17. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI (siehe Anhang)

Der pauschale Zuschuss für Versicherte in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c SGB XI (siehe Anhang) beträgt 450 Euro je Kalendermonat.

In Tarifstufe PPB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand Januar 2026

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

		HMV-Nummer
1.1	**Pflegebetten**	
	Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 170 kg bis 210 kg)	50.45.01.1000-1999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL </= 170 kg)	50.45.01.2000-2999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar mit Sitz- und Aufrichtfunktion (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.4000-4999
	Pflege-Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.5000-5999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.01.6000-6999
	Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL >314 kg)	50.45.01.7000-7999
1.2	**Pflegebettenzubehör**	
	Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
	Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
	Bettaufrichter	50.45.02.2000-2999
	Sonstige Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
	Bettseitenteile	50.45.02.4000-4999
	Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
	Seitenpolster	50.45.02.6000-6999
	Bettzelte für den temporären Gebrauch	50.45.02.7000-7999
1.3	**Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung**	
	Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
	Einlegerahmen, motorisch verstellbar mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
	Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
	Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL </= 250 kg)	50.45.03.5000-5999
	Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.03.6000-6999
	Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL >314 kg)	50.45.03.7000-7999
1.4	**Pflegebetttische/-schränke**	
	Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
	Pflegebettschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5	**Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung**	
	Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6	**Rollstühle mit Sitzkantelung**	
	Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7	**Positionierungshilfen**	
	Lagekorrekturhilfen	50.45.09.0000-0999
	Positionierungshilfen/Transferhilfen	50.45.09.1000-1999

1.8	**Treppenfahrzeuge**	
	Treppensteighilfen	50.45.10.0000-0999
	Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
	Treppenraupen	50.45.10.1000-1999
		18.65.01.2000-2999
1.9	**Rampensysteme**	
	Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	50.45.11.0000-0999
		22.50.01.0000-0999
	Hilfsmittel*:	
1.10	**Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung**	
	Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.11	**Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert**	
	Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.12	**Zubehör für Lifter**	
	Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.13	**Umsetz- und Hebehilfen**	
	Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
	Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
	Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
	Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
	Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	22.29.01.7000-7999
	Innenraum und Außenbereich	
1.14	**Schieberollstühle**	
	Schieberollstühle	18.50.01.0000-0999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

		HMV-Nummer
2.1	**Produkte zur Hygiene im Bett**	
	Bettpfannen	51.40.01.0001-0999
	Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
	Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
	Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, verschiedene Größen	51.40.01.4000-4999
2.2	**Waschsysteme**	
	Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
	Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
	Hilfsmittel*:	
2.3	**Badewannenlifter**	
	Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4	**Badewanneneinsätze**	
	Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5	**Badewannensitze**	
	Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
	Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
	Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
	Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999

2.6	**Duschhilfen**	
	Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
	Duschhocker	04.40.03.1000-1999
	Duschstühle	04.40.03.2000-2999
	Duschliegen	04.40.03.3000-3999
	Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
	Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7	**Toilettensitze**	
	Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
	Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
	Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
	Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
	Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8	**Toilettenstützgestelle**	
	Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
	Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9	**Toilettenstühle**	
	Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
	Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
2.10	**WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung**	
	WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung	33.40.05.0001-0999
2.11	**Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen**	
	Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
	Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
	Boden-Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.12	**Dusch-/Toilettenrollstühle**	
	Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
	Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
	Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
	Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
	Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999
2.13	**Toilettenrollstühle**	
	Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
	Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
	Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
	Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
	Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999
2.14	**Duschrollstühle**	
	Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
	Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
	Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
	Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
	Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung

		HMV-Nummer
3.1	**Notrufsysteme**	
	Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
	Zubehör für Hausnotrufsysteme	52.40.01.2000-2999
3.2	**Zubehör für Hausnotrufsysteme**	
	Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3	**Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung**	
	Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
	Produkte zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme	52.40.03.2000-2999
	Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	52.40.03.3000-3999
	Pflegehilfsmittel zur Kommunikation	52.40.03.4000-4999
	Systembezogene Abrechnungspositionsnummern	52.40.03.5000-5999
3.4	**Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**	
	Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme	52.40.04.0000-0999
3.5	**Assistenzsysteme**	
	Modulare Assistenzsysteme	52.40.05.0000-0999
	Hilfsmittel*:	
3.6	**Gehhilfen**	
	Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
	Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

		HMV-Nummer
4.1	**Lagerungsrollen**	
	Lagerungsrollen	51.45.02.0000-0999
	Lagerungshalbrollen	51.45.02.1000-1999
	Hilfsmittel*:	
4.2	**Lagerungskeile**	
	Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999
4.3	**Sitzhilfen zur Vorbeugung**	
	Weichlagerungssitzkissen	11.39.01.1000-4999
4.4	**Liegehilfen zur Vorbeugung**	
	Weichlagerungsauflagen	11.29.01.0001-1999
	Weichlagerungsmatratzen mit unstrukturierter/ebener Liegefläche	11.29.05.0001-0999
	Weichlagerungsmatratzen mit strukturierter/unebener Liegefläche	11.29.05.1000-1999
	Weichlagerungsmatratzen mit austauschbaren Weichlagerungselementen	11.29.05.2000-2999
	Weichlagerungsmatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

		HMV-Nummer
5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	Medizinische Gesichtsmaske	54.99.01.2000-2999
	Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
	Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4000-4999
	Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5000-5999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
	Hilfsmittel*:	
5.4	**Aufsaugende Inkontinenzvorlagen**	
	Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
	Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
	Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
	Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, niedrige Saugleistung	15.25.30.5000-5999
5.5	**Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen**	
	Fixierhosen Größe 1 / Fiexierhosen Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6	**Aufsaugende Inkontinenzhosen**	
	Inkontinenzhosen	15.25.31.0001-8999
5.7	**Externe Urinalableiter**	
	Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
5.8	**Urin-Beinbeutel**	
	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	15.25.05.5000-5999
5.9	**Urin-Bettbeutel**	
	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	15.25.06.0001-0999
5.10	**Zubehör für Auffangbeutel**	
	Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010
	Hilfsmittel*:	

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind.

Informationen Private Pflegeberatung

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Stand 01.04.2009

Zum 01. Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Darin ist unter anderem der Anspruch auf individuelle Pflegeberatung in der privaten Pflegepflichtversicherung geregelt (§ 4 I. (18) Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung).

Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) hat hierfür ein eigenständiges Unternehmen gegründet: Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH. Sie steht für eine qualifizierte, neutrale und unabhängige Beratung.

Rat geben und Entlastung bieten

Die COMPASS Private Pflegeberatung bietet für Privatversicherte kostenlose Informationen, Beratung und Hilfestellung rund um das Thema Pflege. Der Anspruch der Pflegeberatung richtet sich an pflege- und hilfebedürftige Menschen, deren Angehörige und/oder Betreuer sowie an allgemein Rat suchende, die sich im Vorfeld einer aufkommenden Pflegesituation informieren wollen. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige oder Personen in deren Umfeld ab 2009 einmal im Jahr das Angebot für ein Kontaktgespräch zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung. Die Beratung ist neutral und unabhängig. Sie ist eine reguläre Leistung der Pflegeversicherung. Sie erfolgt durch eigens dafür geschultes Fachpersonal über die telefonische Pflegeberatung oder durch eine aufsuchende Beratung eines Pflegeberaters in der häuslichen Umgebung des Versicherten. In Ausnahmefällen kann die persönliche Pflegeberatung auch an einem anderen Ort stattfinden.

Der Mensch im Mittelpunkt

Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das für alle Betroffenen und Beteiligten viele Fragen aufwirft. Die COMPASS Private Pflegeberatung gibt mit einem umfassenden Angebot Orientierung und hilft bei der

Suche nach Lösungen. Die Beratung kann sich beziehen auf

- Ansprüche von Leistungen aus der Pflegeversicherung
- Weitergehende sozialrechtliche Ansprüche
- Finanzielle Aspekte der Pflegesituation, Verfahren der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung und Versorgung
- Zusätzliche Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger, wie z. B. Schulungen
- Informationen zur Hilfe durch Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Angebote
- Notsituationen: Hinweise zu Sofortmaßnahmen und psychosoziale Unterstützung

Maßgeblich sind dabei die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien. Das Beratungsangebot reicht von einem einfachen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Pflegeberatung und Begleitung in schwierigen Situationen.

Wie können Sie die COMPASS Private Pflegeberatung wahrnehmen?

Die telefonische Pflegeberatung von COMPASS bietet zwei Möglichkeiten:

- Direkte Information und Beratung am Telefon
- Vermittlung eines Informations- und Beratungsgespräches zu Hause unter der Telefon-Nummer: 0800 1018800 (bundesweit gebührenfrei)

Firmensitz

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
www.compass-pflegeberatung.de

Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(1) Regelung ist gegenstandslos geworden.

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Absatz 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Absatz 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Absatz 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Absatz 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Absatz 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Absatz 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Absatz 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Absatz 16, 16a MB/PPV 2015).
Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 in Verbindung mit Nr. 11.1 des Tarifs PP 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.
Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Absatz 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.
Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,
1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 i.V.m. in Verbindung mit Nr. 11.1 des Tarifs PP 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2026 unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2026. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2026 in Verbindung mit Nr. 11 des Tarifs PP 2026 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 5 MB/PPV 2026) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) Regelung ist gegenstandslos geworden.

(2) Regelung ist gegenstandslos geworden.

(3) Regelung ist gegenstandslos geworden.

(4) Regelung ist gegenstandslos geworden.

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen nach Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PP in Höhe des

ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PPB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Absatz 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) Regelung ist gegenstandslos geworden.

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2026 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2026 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

Regelung ist gegenstandslos geworden.

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2017

Regelung ist gegenstandslos geworden.

§7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Für versicherte Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), des § 23 Abs. 5 SGB XI (siehe Anhang) und des § 5 Abs. 1 b) MB/PPV 2023 weiter.

§8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025

Regelung ist gegenstandslos geworden.

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

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

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.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)

gültig ab 01.04.2026

1. Allgemeines

Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 und Tarif PP), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend nicht in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig sind.

2.2 Die große Anwartschaftsversicherung kann nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in dem in Nr. 2.1 genannten Fall abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die große Anwartschaftsversicherung ist abgeschlossen, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt.

3. Beiträge

3.1 Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ist ein Monatsbeitrag. Er ist abhängig vom Alter zu Beginn der großen Anwartschaft. Vereinbarte Beitragszuschläge zu der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der großen Anwartschaft weiter erhoben. Erworbene Rechte aus der der großen Anwartschaft zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden beitragsmindernd angerechnet.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung nach § 8 b MB/PPV 2026 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der großen Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der großen Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags nach § 8 Absatz 5 MB/PPV 2026 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG" oder den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

3.5 Endet die große Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Leistungen

Für die Dauer der großen Anwartschaftsversicherung besteht - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der großen Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer großen Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, beim Wiedereintreten der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung diese ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der großen Anwartschaftsversicherung wird im Laufe von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 SGB XI Anwendung finden, in eine große Anwartschaft kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der großen Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die große Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der großen Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Wiedereintritt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der großen Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge nach Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die große Anwartschaftsversicherung 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. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die große Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2026 entsprechend.

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)

gültig ab 01.04.2026

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2026 und Tarif PP), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 01. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag zu zahlen, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung nach § 8 b MB/PPV 2026 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung nach § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages nach § 8 Absatz 5 MB/PPV 2026 bzw. Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 01. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.

6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung 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.

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2026 entsprechend.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

gültig ab 01.01.2025

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die

Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung

des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet.

Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 158 Besondere Anzeigepflichten in der Krankenversicherung; Leistungen im Basis- und Notlagentarif

(2) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe des § 152 Absatz 1 und im Notlagentarif nach Maßgabe des § 153 Absatz 1 festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,

3. (weggefallen)

3a. (weggefallen)

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungsverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnitts liegen. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Absatz 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind,

5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,

2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,

2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder

3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten und

2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden,

2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder

3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Absatz 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Absatz 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist oder während des Bezugs von Krankentagegeld Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,

2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Absatz 2 Satz 2, § 26 Absatz 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,

3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,

4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,

5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes.

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,

2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,

3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,

   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder

   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

   a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

   b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,

   c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern.

9. (weggefallen)

10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine

    a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse

    b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

    c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesamt für Soziale Sicherung und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit; Geringfügigkeitsgrenze

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt.

(1a) Die Geringfügigkeitsgrenze im Sinne des Sozialgesetzbuchs bezeichnet das monatliche Arbeitsentgelt, das bei einer Arbeitszeit von zehn Wochenstunden zum Mindestlohn nach § 1 Absatz 2 Satz 1 des Mindestlohngesetzes in Verbindung mit der auf der Grundlage des § 11 Absatz 1 Satz 1 des Mindestlohngesetzes jeweils erlassenen Verordnung erzielt wird. Sie wird berechnet, indem der Mindestlohn mit 130 vervielfacht, durch drei geteilt und auf volle Euro aufgerundet wird. Die Geringfügigkeitsgrenze wird jeweils vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Bundesanzeiger bekannt gegeben.

(1b) Ein unvorhergesehenes Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze steht dem Fortbestand einer geringfügigen Beschäftigung nach Absatz 1 Nummer 1 nicht entgegen, wenn die Geringfügigkeitsgrenze innerhalb des für den jeweiligen Entgeltabrechnungszeitraum zu bildenden Zeitjahres in nicht mehr als zwei Kalendermonaten um jeweils einen Betrag bis zur Höhe der Geringfügigkeitsgrenze überschritten wird.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird beim Zusammenrechnen nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tag ein, an dem die Entscheidung über die Versicherungspflicht nach § 37 des Zehnten Buches durch die Einzugsstelle nach § 28 i Satz 5 oder einen anderen Träger der Rentenversicherung bekannt gegeben wird. Dies gilt nicht, wenn der Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat, den Sachverhalt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung aufzuklären.

(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 8 a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße (Ost)) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für die Zeit ab 1. Januar 2025 ist eine Bezugsgröße (Ost) nicht mehr zu bestimmen.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannte Gebiet.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

§ 33 Hilfsmittel

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des

Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches von der Krankenkasse zu übernehmen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegkasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

(1a) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch für Versicherte, die nach § 11 Absatz 3 bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten medizinischen Gründe, die eine Mitaufnahme notwendig machen, sowie die Dauer der notwendigen Mitaufnahme sind von der stationären Einrichtung gegenüber der Begleitperson des versicherten Kindes zu bescheinigen; im Fall des § 11 Absatz 3 Satz 2 ist die Bescheinigung auf die Dauer der in Satz 1 genannten Mitaufnahme zu beschränken. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur für einen Elternteil. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend. Der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 bleibt unberührt. Kein Anspruch auf Krankengeld nach Satz 1 besteht, wenn Krankengeld nach Absatz 4 oder nach § 44b in Anspruch genommen wird.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buchs) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 jeweils in dem Kalenderjahr 2024 und in dem Kalenderjahr 2025 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,

b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 176 Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften

(1) Die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft gilt nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, wenn die Solidargemeinschaft am 20. Januar 2021 bereits bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde, sie beides dem Bundesministerium für Gesundheit nachweist und auf ihren alle fünf Jahre zu stellenden Antrag hin das Bundesministerium für Gesundheit jeweils das Vorliegen eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 3 bestätigt.

(5) Erhebt eine in Absatz 1 genannte Solidargemeinschaft von einem Mitglied einen Beitrag, der höher ist als die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung, und besteht bei dem Mitglied Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, auf die Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Mitglieder mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jeweils an die Stelle des

Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Mitglieds zu prüfen und zu bescheinigen.

§ 232 b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44 a Absatz 3 des Elften Buchs beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgelds Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249 c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,

2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,

3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 EUR nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6 a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Absatz 3, 4 und 4 a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28 i des Vierten Buchs zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28 c und 28 n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249 c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249 c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und Satz 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28 r Absatz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28 n und 28 p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50 000 EUR für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Vertrauensstelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(3) Die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 2 führt ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zu dem Verzeichnis im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Verzeichnis darf ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet werden.

§ 365 Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigen in der Vereinbarung nach Satz 1 die sich ändernden Kommunikationsbedürfnisse der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Nutzung digitaler Kommunikationsanwendungen auf mobilen Endgeräten. Bei der Fortschreibung der Vereinbarung ist vorzusehen, dass für die Durchführung von Videosprechstunden Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten.

§ 404 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Absatz 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nummer 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren; sind zwischen dem Einsatzunfall und der Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art nicht mehr als sechs Wochen vergangen, gilt das Wehrdienstverhältnis besonderer Art als mit dem Tag nach Ende einer Versicherungspflicht nach Nummer 2 begonnen,

2b. in der sie als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die

Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 3 Sonstige Versicherte (in der am 31.12.2016 geltenden Fassung)

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig.

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1a. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind und Leistungen nach § 5 oder § 8 Absatz 1 Satz 1 jeweils in Verbindung mit Anlage 1 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beiträgen zugrunde liegt oder läge, mindestens jedoch 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,

1b. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigen als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

1c. bei Personen, die als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, die nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes gewährten Übergangsgebührnisse; liegen weitere Versicherungsverhältnisse vor, ist beitragspflichtige Einnahme höchstens die Differenz aus der Beitragsbemessungsgrenze und den beitragspflichtigen Einnahmen aus den weiteren Versicherungsverhältnissen,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Beitrag von 205 EUR,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung aufgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Absatz 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrads 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buchs

   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buchs bezieht,

   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buchs bezieht,

   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buchs bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer des Elften Buchs

   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buchs bezieht,

   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buchs bezieht,

   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buchs bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buchs

   a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buchs bezieht,

   b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buchs bezieht,

   c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buchs bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buchs

   a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buchs bezieht,

   b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buchs bezieht,

   c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buchs bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buchs festgestellten prozentualen Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter (in der am 31.12.2016 geltenden Fassung)

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an Nichtselbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigen als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Beitrag von 205 EUR,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buchs beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buchs gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung aufgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die

Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Absatz 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nummer 3 Elftes Buch)

   a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,

   b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,

   c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nummer 2 Elftes Buch)

   a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,

   b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nummer 1 des Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihre Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienst Leistenden, ehemaligen Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,

2. bei Personen, die

   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

   c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

   d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

   e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

   aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

   bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,

   cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,

3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,

4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, bei sekundierten Personen oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,

6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

   b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen oder entsprechenden Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Absatz 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)

§ 45 Voraussetzung für das Verletztengeld

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und

2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfedurch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung

   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.
Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 zu § 15

**Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat**

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4.	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5.	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentlich Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3

2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	**Kriterien**	**nie oder sehr selten**	**selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)**	**häufig (zwei- mal bis mehr- mals wöchent- lich, aber nicht täglich)**	**täglich**
3.1	Motorisch geprägte Verhaltens- auffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8.	Abwehr pflegerischer und anderer unter- stützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5

3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 - 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intim-bereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zube-reiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	8
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6

4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärme-anwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmal-katheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vor-kommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technik-intensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und

mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	**Kriterien**	**entfällt oder selbständig**	**wöchentliche Häufigkeit multi-pliziert mit**	**monatliche Häufigkeit multi-pliziert mit**
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	**Einzelpunkte**
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und und anderer krankheits- oder therapie- bedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tages-ablaufs und Anpassungen an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 zu § 15

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte
		10 %	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte in Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 %	0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte in Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	15 %	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		40 %	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		20 %	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		15 %	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8	Haushaltsführung							

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches)

oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,

4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,

1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,

2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,

3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,

4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,

5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,

6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Absatz 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) Der Vertrag nach Absatz 1 kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht. Das Recht zur Kündigung des Vertrages wird durch den Ablauf der Frist nicht berührt; bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Absatz 1 wird eine Kündigung des Vertrages jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

(4a) Die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt und die ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet wären, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Eine Kündigung des Versicherungsvertrages wird bei fortbestehender Versicherungspflicht erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt. § 21a Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,

3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,

4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung (§ 2 Absatz 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

§ 10 Absatz 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Absatz 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Absatz 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 EUR, für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1.298 EUR,

2. für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4 einen Gesamtwert bis zu 1.612 EUR,

3. für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5 einen Gesamtwert bis zu 1.995 EUR.

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

2. in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet. Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(5) [...] Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. [...]

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2

genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 d es Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des nach Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die nach § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante

Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Absatz 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Absatz 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,

3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder

4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Juni 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,

2. Krankenhäuser sowie

3. Räumlichkeiten,

   a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,

   b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und

   c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Absatz 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(4) Mit Abschluss des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von

Pflegeeinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und

2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften

Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und

2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,

2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,

3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,

4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,

5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegezusatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und

3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,

   a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder

   b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder

   c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz

1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen "Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege" (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,

2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,

3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,

4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und

5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Absatz 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der

Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Absatz 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Absatz 2 gewählte Versicherungsunternehmen,

2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Absatz 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,

   a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,

   b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,

   c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Absatz 2),

   d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten

   e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Absatz 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,

   f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,

   g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

   vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches

entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Absatz 1 und § 23 Absatz 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 110a Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

(1) Für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 können private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben.

(2) Bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 dürfen ausschließlich Mehrausgaben des privaten Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden, die

1. aus der Erfüllung der Verpflichtung nach § 150 Absatz 4 Satz 5 entstehen oder entstanden sind und
2. nicht durch Minderausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in dem Zeitraum, für den der Erstattungsbetrag nach § 150 Absatz 2 an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gezahlt wurde, kompensiert werden können.

Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

(3) Die Mehrausgaben im Sinne des Absatzes 2 sind auf die Tarifstufen gemäß der Zahl der Leistungsempfänger der jeweiligen Tarifstufe zu verteilen und mit dem Zuschlag nach Absatz 1 gleichmäßig durch alle Versicherten der jeweiligen Tarifstufe der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu finanzieren.

(4) Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

(6) Der Zuschlag nach Absatz 1 wird nicht für Personen erhoben, die

1. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,

2. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch haben oder

3. allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches würden.

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,

2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,

3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder

4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über

Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen."

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

§ 63b Leistungskonkurrenz

(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

(7) Leistungen der stationären Pflege nach § 65 werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches vorliegen.

§ 75 Einrichtungen und Dienste (in der bis 31.12.2019 geltenden Fassung)

(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)

besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 360 EUR (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 615, 877, 1.125, 1.460 oder 1.797 EUR (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Absatz 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Absatz 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit

ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

in der seit 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Lebenspartnerschaft

Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. Dieses Gesetz gilt für

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und

2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.

Auszug aus dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG)

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen für die nach § 23 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 01. Januar 1995 ausüben.

Auszug aus dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(4) Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.

Auszug aus dem Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG)

§ 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

Auszug aus der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe, Absatz 2 und Absatz 3

(2) Soweit Absatz 3 nichts Anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nr. 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 5 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)

§ 1 Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),

2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,

3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,

4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

Auszug aus der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)

§ 13 Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel

(2) Bei Versicherten, die nach einem Wechsel nach § 204 Absatz 1 Nummer 2b des Versicherungsvertragsgesetzes im Basistarif versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz während der ersten 18 Monate seit Beginn der Versicherung im Basistarif abweichend von Absatz 1 Satz 1 nur die seit Beginn der Versicherung im Basistarif gebildete Alterungsrückstellung prämienmindernd angerechnet. Bei Versicherten, die nach einem Wechsel nach § 14 Absatz 5 Satz 2 im Basistarif eines dritten Krankenversicherers versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nur der Betrag angerechnet, der seit dem erstmaligen Wechsel in den Basistarif entstanden ist. Der nicht angerechnete Teil der Alterungsrückstellung ist in diesen Fällen zugunsten der Senkung des Zuschlags nach § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

§ 14 Übertragungswert

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Auszug aus dem Soldatengesetz (SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Element

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Auszug aus dem 2. Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 KVLG 1989 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,

2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn

   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindesthöhe um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und

   b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,

3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,

4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,

5. Personen, die die Regelaltersgrenze nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erreicht haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,

6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,

7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, § 24, § 40 Absatz 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen, in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei vorzeitigen Entbindungen ist § 3 Absatz 2 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

R+V Versicherungsgruppe* - Raiffeisenplatz 1 - 65189 Wiesbaden
Stand Januar 2026

1. Wozu dient dieses Merkblatt?

Mit diesem Merkblatt informieren wir Sie umfassend über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese verarbeiten wir nur, soweit wir dazu gesetzlich berechtigt oder verpflichtet sind.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrelevanten Gesetze streng einzuhalten, sondern auch durch weitere Maßnahmen den Datenschutz zu fördern. Erläuterungen dazu finden Sie in den Verhaltensregeln im Internet: www.code-of-conduct.ruv.de

Dort finden Sie auch die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe, die diese Verhaltensregeln anwenden. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Verhaltensregeln gerne per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Spezifische Informationen zur Datenverarbeitung bei einem Schaden finden Sie im Merkblatt zum Datenschutz in der Schadenbearbeitung auf unseren Seiten im Internet unter www.ruv.de/datenschutz

2. Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten

Wenn Sie datenschutzrechtliche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der R+V Versicherungsgruppe:

R+V Versicherung AG
Datenschutzbeauftragter
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
Telefon: 0800 533-1112
Telefax: 0611 533-4500
E-Mail: datenschutz@ruv.de

Wenn Sie allgemeine **Fragen zu Ihrem Vertrag oder einem Schaden** haben, nutzen Sie bitte die **allgemeinen Kontaktmöglichkeiten**. Informationen darüber finden Sie im Internet: www.ruv.de

3. Wie und wann verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um das zu versichernde Risiko vor einem Vertragsabschluss einschätzen zu können und das Vertragsverhältnis durchzuführen, z. B. Verbesserung der Kundenstammdatenqualität im Schadens- oder Leistungsfall.

Grundsätzlich bitten wir Sie, uns nur Daten mitzuteilen, die für den jeweiligen Zweck (z. B. Vertragsbegründung, Leistungs- oder Schadenbearbeitung) notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben sind (z. B. wegen Vorgaben aus dem Geldwäschegesetz, Vorgaben aus dem Steuerrecht.) Wenn wir Sie bitten, uns Daten freiwillig mitzuteilen, machen wir Sie darauf besonders aufmerksam. Falls es eine vertragliche oder gesetzliche Pflicht zur Mitteilung der Daten gibt und Sie dies verweigern, kann daraus folgen, dass wir den Vertrag nicht schließen können oder nicht zur Leistung verpflichtet sind.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten im rechtlich zulässigen Rahmen zum Zwecke der **Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Dieser Nutzung können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Werbewidersprüche können Sie z. B. per E-Mail an ruv@ruv.de schicken.**

* R+V Versicherung AG, R+V Allgemeine Versicherung AG, R+V Dienstleistungs-GmbH, R+V Krankenversicherung AG, R+V Lebensversicherung AG, R+V Lebensversicherung a.GR+V Pensionsfonds AG, R+V Pensionskasse AG, R+V Pensionsversicherung a.G., R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH, R+V Service Center GmbH, R+V Agenturberatungs GmbH, UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH, Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G., CHEMIE Pensionfonds AG, compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH, Condor Dienstleistungs-GmbH, Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-Aktiengesellschaft, KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-Aktiengesellschaft, KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG, KRAVAG Umweltschutz und Sicherheitstechnik GmbH, Pension Consult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH, Startraiff GmbH, HumanProtect Consulting GmbH

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu Zwecken, die nicht direkt mit Ihrem Vertrag oder einem Schaden zusammenhängen.

Beispielsweise kann dies der Fall sein, um
- zulässige regulatorische oder aufsichtsrechtliche Anforderungen zu erfüllen. So unterliegen wir mit unserer Haupttätigkeit einigen spezialgesetzlichen Vorschriften, in deren Rahmen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden: z. B. Bekämpfung der Geldwäsche, gesetzliche Meldepflichten an staatliche Stellen, Solvency II etc.
- Verfahren elektronischer Datenverarbeitung zu prüfen und zu optimieren
- die IT-Sicherheit und den IT-Betrieb zu gewährleisten
- die Bonität in einem angewendeten Scoring-Verfahren einzustufen, zu bewerten und zu speichern
- in rechtlich zulässiger Weise unternehmensübergreifend Daten zusammenzustellen und ggf. auszuwerten
- Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache zu prüfen und zu optimieren
- versicherungsrelevante Forschungszwecke zu betreiben, z. B. Unfallforschung
- die Nutzung des R+V-Vorteilsprogramms statistisch auszuwerten, damit das Programm weiterentwickelt und Vorteile kalkuliert werden können
- Tarifkalkulationen zu erstellen und internes Controlling durchzuführen
- rechtliche Ansprüche geltend zu machen und rechtliche Streitigkeiten zu klären.

Zur Verbesserung unserer Geschäftsprozesse und zur Weiterentwicklung unserer Dienstleistungen und Produkte analysieren wir in einigen Fälle Ihre personenbezogenen Daten mit Hilfe von neuartigen automatisierten Verfahren und Technologien.

4. Rechtsgrundlagen

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nur, soweit dies rechtlich zulässig ist.
Im Regelfall ist die Datenverarbeitung zur Durchführung des Vertragsverhältnisses erforderlich, **Art. 6 Abs. 1 b) Datenschutzgrundverordnung**. Das gilt insbesondere für das Prüfen der Antragsunterlagen, das Abwickeln des Vertrags sowie um Schäden und Leistungen zu bearbeiten.

In anderen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten nach **Art. 6 Abs. 1 f) Datenschutzgrundverordnung** zur Wahrung **unserer berechtigten Interessen oder zur Wahrung der berechtigten Interessen eines Dritten**. Im Rahmen einer **allgemeinen Interessenabwägung** wägen wir unsere mit den jeweiligen Interessen des Betroffenen oder Dritten ab. Übermitteln wir beispielsweise im Rahmen einer Prozessoptimierung Daten an spezialisierte Dienstleister, die eigenverantwortlich tätig sind, schließen wir mit ihnen Verträge ab. Diese gewährleisten, dass ein angemessenes Datenschutzniveau eingehalten wird.

Im Falle eines Rechtstreits erfolgt die Datenverarbeitung nach **Art. 9 Abs. 2 f) Datenschutzgrundverordnung**. Dabei übermitteln wir z. B. Ihre Gesundheitsdaten erforderlichenfalls auch an beauftragte Rechtsanwälte oder Sachverständige.

In bestimmten Fällen ist eine Datenverarbeitung nur zulässig, **wenn Sie dazu ausdrücklich einwilligen**. Wenn wir Daten verarbeiten, bei denen das Gesetz für die Datenverarbeitung **eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) bzw. Art. 9 Abs. 2 a) Datenschutzgrundverordnung** fordert, holen wir diese von Ihnen gesondert ein.

5. Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen, z. B. aus der mit Ihnen geführten Korrespondenz oder Kontaktformularen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:
- Bei **Postrückläufern** führen wir eine Adressrecherche durch, um aktuelle Adressdaten zu ermitteln. Dies ist zur Durchführung des Versicherungsvertrags notwendig. Dazu nutzen wir verschiedene Informationsquellen und befragen Dritte, die Ihre aktuelle Adresse kennen. Das sind z. B. Postdienstleister, Anbieter von Adressrecherchen oder Vermittler.
- Daten zu **Mitversicherten bzw. versicherten Personen** erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können.
- Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu **Bezugsberechtigten oder Begünstigten** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, damit wir den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines **abweichenden Halters** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.
- Bei einer Sachversicherung erhalten wir nach einem Eigentumsübergang aus gesetzlichen Gründen (§ 95 ff. Versicherungsvertragsgesetz) Ihre Daten **vom bisherigen Eigentümer oder seinem Vermittler**.
- Daten zu **Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern** erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von diesen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Bei einer **Warenkreditversicherung** erhalten wir Daten zu **Risikokunden** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. Kontaktdaten und weitere Angaben des Risikokunden.
- Daten zu **Zeugen** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.
- Bei **Bonitätsauskünften** erhalten wir Bonitätsinformationen von spezialisierten Auskunfteien. Nähere Informationen dazu finden Sie unter Punkt 11.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.
- Anlassbezogen können auch personenbezogene Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen erhoben werden.

6. An wen übermitteln wir Ihre Daten?

Im Rahmen des Vertrags kann es zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen:

a) Rückversicherer
Wir geben in bestimmten Fällen, z. B. bei einem hohen finanziellen Ausfallrisiko, einen Teil der durch den Vertrag übernommenen Risiken an **Rückversicherer** weiter. Hier kann es notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende versicherungstechnische Angaben mitzuteilen, damit dieser sich selbst ein Bild über das risiko beziehungsweise den Versicherungsfall machen kann.

Die Datenübermittlung an Rückversicherer erfolgt im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung oder soweit dies zur Erfüllung unserer Versicherungsverträge mit Ihnen erforderlich ist. Wenn es erforderlich ist, gesundheitsbezogene Informationen an Rückversicherer zu übermitteln, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

In Fällen, in denen die R+V Versicherung AG als Rückversicherer tätig wird, finden Sie weitere Informationen zur Datenverarbeitung auf der Internetseite: www.rv-re.de

b) Versicherungsvermittler
Betreut Sie bei Ihren Versicherungsgeschäften ein Vermittler, teilen wir ihm allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, die er zum Beraten und Betreuen braucht. Wenn Sie nach Vertragsabschluss nicht mehr vom ursprünglichen Vermittler betreut werden wollen, können Sie Ihr **Widerspruchsrecht** nutzen. Dieses besteht auch, wenn der Vermittler aus anderen Gründen wechselt, z. B. wenn er seine Tätigkeit einstellt. Wir können Ihnen dann einen neuen Vermittler anbieten, der Sie betreut.

Daten an den Versicherungsvermittler übermitteln wir grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung oder auf gesetzlicher Grundlage.
Wenn es erforderlich ist, dem Vermittler gesundheitsbezogene Informationen mitzuteilen, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

c) Datenübermittlung an andere Versicherer
Sie sind verpflichtet, Fragen im Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In bestimmten Fällen prüfen wir Ihre Angaben bei Ihrem Vorversicherer. Bei der Risikoprüfung kann es beispielsweise zum Überprüfen von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem **Vorversicherer** auszutauschen. Gleiches gilt, wenn wir Ihre Daten an einen **Nachversicherer** weitergeben.

Auch beim Übertragen von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel oder von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer kann ein Datenaustausch zwischen Vorversicherer und nachfolgendem Versicherer notwendig sein.

Außerdem müssen in bestimmten Fällen, z. B. Mehrfachversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang und bei Teilungsabkommen, personenbezogene Daten unter den Versicherern ausgetauscht werden. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Adresse, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag. Den Datenaustausch dokumentieren wir.

Beim gemeinsamen Absichern von Risiken können bei der Risikoprüfung und Schadenbearbeitung Daten mit den beteiligten Versicherern ausgetauscht werden.

Auch dann erfolgt die Datenübermittlung an andere Versicherer grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung und in einigen Fällen auf Grundlage einer Einwilligung, die wir gesondert von Ihnen einholen.

d) Zentrales Hinweis- und Informationssystem (HIS)
Während wir einen Antrag oder Schaden prüfen, kann es zur Risikobeurteilung, weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder Verhinderung von Versicherungsmissbrauch notwendig sein, Anfragen an andere Versicherer zu richten oder Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Besurance HIS GmbH mit Sitz am Daimlerring 4 in 65205 Wiesbaden, www.besurance-his.de

Nicht alle Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe nehmen am HIS teil.

Eine **Meldung** in das HIS und seine Nutzung erfolgen nur zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In diesen Fällen erfolgt die Datenübermittlung auf Grundlage einer allgemeinen Interessenabwägung. Falls wir Sie beim HIS melden, informieren wir Sie schriftlich darüber.

Schaden
An das HIS melden wir und andere Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher näher geprüft werden müssen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadensfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Deshalb melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden erlitten haben, gestohlen wurden oder wenn Schäden ohne Reparaturnachweis abgerechnet wurden.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, informieren wir Sie darüber.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den

Versicherern zu erfragen, die Daten an das HIS gemeldet haben. Auch diese Ergebnisse speichern wir, wenn sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch sein, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadensfall geben müssen.

Rechtsschutz
An das HIS melden wir und Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken, z. B. Verträge mit ungewöhnlich häufig gemeldeten Rechtsschutzfällen. Sollten wir Sie an das HIS melden, benachrichtigen wir Sie darüber. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zum konkreten Meldegrund benötigen.

Soweit es zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich ist, können im Leistungsfall Daten zwischen dem in das HIS meldenden und dem abrufenden Versicherungsunternehmen ausgetauscht werden. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Die Betroffenen werden über den Austausch informiert, wenn er nicht zum Aufklären von Widersprüchlichkeiten erfolgt.

Ergänzende Informationen über die HIS-Anfrage und HIS-Einmeldung finden Sie in **den Datenschutzhinweisen der Besurance HIS GmbH:**
www.ruv.de/datenschutz/his-datenschutzinformationsblatt

e) Kfz-Zulassungsstelle
Beim Abschluss einer Kfz-Versicherung sowie bei allen sonstigen versicherungsrelevanten Zulassungsvorgängen (z. B. Ab- oder Ummeldung, Wohnortwechsel, Versichererwechsel) ist es gesetzlich erforderlich, personenbezogene Daten mit der Kfz-Zulassungsstelle auszutauschen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Sie eine von uns erteilte elektronische Versicherungsbestätigung (eVB) bei der Kfz-Zulassungsstelle vorlegen, um ein Kfz zuzulassen.

f) Auftragnehmer und Dienstleister
Im Internet können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de Listen der Auftragnehmer und Dienstleister abrufen, zu denen dauerhafte Geschäftsbeziehungen bestehen.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Wenn wir an Dienstleister nicht lediglich streng weisungsgebundene "Hilfsfunktionen" auslagern, sondern Dienstleister weitergehende Tätigkeiten eigenständig erbringen, liegt datenschutzrechtlich eine sogenannte Funktionsübertragung vor. Typische Beispiele hierfür sind Sachverständige, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister. Die Datenübermittlung an diese erfolgt auf Basis unseres überwiegenden berechtigten Interesses, Art. 6 Abs. 1 f) Datenschutzgrundverordnung.
Wenn Sie geltend machen können, dass wegen Ihrer persönlichen Situation Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt, haben Sie für die Datenübermittlung bei Funktionsübertragungen ein**Widerspruchsrecht**.
Bitte beachten Sie, dass es zur Ausübung des Widerspruchsrechts nicht ausreichend ist, wenn Sie ohne Angabe besonderer Gründe eine Datenübermittlung an Dienstleister generell oder einen bestimmten Dienstleister ablehnen. Dienstleister, die in eigenverantwortlicher Aufgabenerfüllung tätig werden, finden Sie in der oben genannten Dienstleisterliste.

g) Zentralisierte Datenverarbeitung innerhalb der R+V Versicherungsgruppe
Innerhalb der R+V Versicherungsgruppe sind einzelne Bereiche zentralisiert, z. B. der Beitragseinzug, die telefonische Kundenbetreuung oder die Datenverarbeitung. Daher werden Stammdaten wie Ihre Versicherungsnummer, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, die Art der Verträge oder Ihr Geburtsdatum in einer zentralen Datensammlung geführt; d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten.
So wird z. B. Ihre Adresse, E-Mail-Adresse und Telefonnummer gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. So kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen schnell der zuständige Ansprechpartner genannt werden.
Alle an die zentralisierte Datenverarbeitung angebundenen Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe können diese Stammdaten einsehen.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den vertragsführenden Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Folgende Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe sind an die zentralisierte Datenverarbeitung angebunden:
R+V Versicherung AG
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Krankenversicherung AG
R+V Lebensversicherung AG
R+V Lebensversicherung a.G.
R+V Pensionsfonds AG
R+V Pensionskasse AG
R+V Pensionsversicherung a.G.
R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH*
R+V Service Center GmbH*
R+V Treuhand GmbH*
RUV Agenturberatungs GmbH*
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G.
KRAVAG-HOLDING Aktiengesellschaft
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-AG
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG
KRAVAG und SVG Assekuranz Vertriebs- und Bearbeitungszentrum GmbH*
KRAVAG Umweltschutz und Sicherheitstechnik GmbH (KUSS)*
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Dienstleistungs-GmbH*
R+V Dienstleistungs-GmbH*
Pension Consult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH*
carexpert Kfz-Sachverständigen GmbH*
CHEMIE Pensionsfonds AG
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH*
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH*

* Dieses Unternehmen ist Dienstleister der Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe und kann daher auf personenbezogene Daten zugreifen.

Die jeweils aktuelle Liste der an der zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmenden Unternehmen können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de abrufen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck dieser Liste per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

h) Übergeordnete Finanzkonglomeratsunternehmen
Wir übermitteln personenbezogene Daten an die DZ BANK AG als übergeordnetes Finanzkonglomeratsunternehmen, wenn und soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Eine solche Verpflichtung kann sich aus den Regeln über eine ordnungsgemäße Geschäftsorganisation ergeben, zum Beispiel an ein angemessenes und wirksames Risikomanagement auf Konzernebene.

i) Leasing- und Kreditgeber
Wenn Sie im Rahmen von Leasing- oder Kreditverträgen Sachversicherungen mit der R+V abschließen, informieren wir den Leasing- bzw. Kreditgeber auf Anfrage darüber, dass ein entsprechender Versicherungsschutz besteht und er im Zusammenhang mit Kündigungen, Zahlungsverzug und Schadensfällen als Drittberechtigter erfasst ist.
Er erhält auch Informationen über Versicherungssummen und bestehende Selbstbeteiligungen, damit er sein finanzielles Ausfallrisiko beurteilen kann.

j) Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben
An Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, wenn wir gesetzlich oder vertraglich dazu berechtigt oder verpflichtet sind.
Eine solche Datenübermittlung kann auf Anfrage einer Behörde erfolgen. Wir prüfen dann, ob die Behörde die Daten erhalten darf.

In einigen Fällen sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, in allen anderen Fällen holen wir von Ihnen eine Einwilligung ein.

Eine gesetzliche Verpflichtung besteht z. B.
- wegen steuerrechtlicher Vorschriften oder Verpflichtungen aus dem Kreditwesengesetz bei Meldungen an die Deutsche Bundesbank oder
- bei einer gesetzlich erforderlichen Berufshaftpflichtversicherung an die rechtlich festgeschriebenen Meldestellen.

k) Mitversicherte
In Verträgen, bei denen es neben dem Versicherungsnehmer noch andere mitversicherte Personen gibt, kann es zur Vertragsdurchführung erforderlich sein, dass Daten der jeweils anderen Person übermittelt werden. Sofern Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

7. Datenübermittlung in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR

Wenn wir personenbezogene Daten innerhalb der EU/EWR übermitteln, beachten wir die strengen rechtlichen Vorgaben.
Wenn es erforderlich ist, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR, z. B. im Rahmen von IT-Leistungen oder an Sachverständige. Auswahl und vertragliche Vereinbarungen richten sich selbstverständlich nach den gesetzlichen Regelungen.
Bei bestimmten Vertragstypen kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten an Rückversicherer in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln.
Insbesondere in den Fällen, bei denen das versicherte Risiko oder der Versicherungsnehmer sich in einem Drittstaat befindet, kann es erforderlich sein, Daten in den Drittstaat zu übermitteln (z. B. Vermittler, andere Versicherer).
Darüber hinaus bestehen in bestimmten Fällen gesetzliche Meldeverpflichtungen, wegen deren wir Ihre Daten an Behörden und ähnliche Stellen in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln müssen.
Auch bei Rechtsstreitigkeiten mit Auslandsbezug kann eine solche Übermittlung notwendig sein, z. B. an Rechtsanwälte.
Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

8. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wenn es erforderlich ist, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung. Das kann auch die Anbahnung oder die Abwicklung eines Vertrags sein.
Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), dem Geldwäschegesetz (GWG) oder der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (RechVersV). Dort vorgegebene Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis 30 Jahre.

Die Speicherdauer richtet sich nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) bis zu 30 Jahre betragen können; die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

9. Welche Rechte haben Sie?

Ihre gesetzlichen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten geltend machen.

Beruht die Datenverarbeitung auf einer allgemeinen Interessenabwägung, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen diese Datenverarbeitung zu, wenn aus Ihrer persönlichen Situation Gründe heraus gegen eine Datenverarbeitung sprechen.

10. Informationspflicht, wenn wir Daten Dritter von Ihnen erhalten

Erhalten wir von Ihnen personenbezogene Daten von Dritten, müssen Sie das Merkblatt zur Datenverarbeitung an diese weitergeben. Das sind z. B. Mitversicherte, versicherte Personen, Bezugsberechtigte, Geschädigte, Zeugen, abweichende Beitragszahler, Kredit-, Leasinggeber.

11. Wann holen wir Informationen zu Ihrer Bonität ein?

Wenn Sie einen Antrag auf Abschluss einer **Kfz-Haftpflichtversicherung** stellen, übermitteln wir Ihre erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Firmenbezeichnung, Adresse, Geburtsdatum an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Ihrer Bonität zu erhalten. Dies geschieht auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.
Sollten Versicherungsbeitrage nicht gezahlt werden, haben wir ein berechtigtes Interesse, eine Bonitätsauskunft einzuholen. Dies tun wir, um festzustellen, ob das Betreiben einer notleidenden Forderung (Inkasso) erfolgsversprechend ist.

Aufgrund des berechtigten Interesses holen wir eine Bonitätsauskunft bei Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung im Hinblick auf das bei dieser Pflichtversicherung bestehende finanzielle Ausfallrisiko (Direktanspruch des Geschädigten). Die Pflichtversicherung sowie die Eintrittspflicht ergeben sich aus dem 1. Abschnitt Pflichtversicherungsgesetz für Kraftfahrzeughalter (PflVG) und aus Teil 2, Kapitel 1, Abschnitt 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Die R+V übermittelt im Rahmen des Antrags auf Abschluss einer **Haftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude- und Rechtsschutzversicherung** Ihre dazu erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum eventuell an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.

Bei Anträgen oder Angeboten zum Abschluss einer **Kautionsversicherung**, einer **Kreditversicherung** oder einer **Versicherung gegen finanzielle Verluste**, wie z. B. einer Vertrauensschadenversicherung, und während der Laufzeit eines dieser Verträge übermittelt die R+V Ihre personenbezogenen Daten (Firma, Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) an beauftragte Auskunfteien. Dies geschieht, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Adressdaten zu erhalten. Das berechtigte Interesse an einer Wirtschaftsauskunft besteht in diesen Fällen bei Abschluss und während der Durchführung dieser Verträge wegen des bestehenden finanziellen Ausfallrisikos der R+V Allgemeine Versicherung AG.

Unsere Partner sind:
infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden
Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden
Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg
Prof. Schumann Analyse GmbH, Weender Landstraße 23, 37073 Göttingen
Deutsche Bank AG, Zentrale Auskunftei, 20079 Hamburg
Bisnode Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Straße 11, 64293 Darmstadt
KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, 1120 Wien, Österreich

Auch im Bereich der **Technischen Versicherungen** holen wir bei Großrisiken Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Adressdaten über die Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden ein.

Falls Sie Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten wünschen, die eine Auskunftei gespeichert hat, wenden Sie sich bitte direkt an die beauftragte Auskunftei.

12. Welche Rechte haben Sie bei einer automatisierten Einzelfallentscheidung?

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z. B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrags oder bei einer Entscheidung auf Grundlage verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen wie der GOÄ) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten "automatisierten Einzelfallentscheidung" zugrunde zu legen. Dies

bedeutet, dass wir in bestimmten Fällen Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Algorithmus berücksichtigen, der auf einem anerkannten mathematisch-statistischen Verfahren beruht.

Falls wir Ihrem **Antrag auf Versicherungsleistung** oder von **Schadenersatz vollumfänglich oder teilweise nicht nachkommen** sollten, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Über diese Rechte informieren wir Sie ausdrücklich, wenn wir Ihren Antrag ganz oder teilweise ablehnen müssen und keine Versicherungsleistung oder Schadenersatz gewähren können.

In bestimmten Fällen berücksichtigen wir darüber hinaus Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines mathematisch-statistischen Verfahrens (Profiling).

13. Beschwerderecht

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, siehe Artikel 77 Datenschutzverordnung.