



ARAG Krankenversicherung Bedingungsheft

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I – III
Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Erläuterungen zum Versicherungsschutz

Stand 1.2012

Welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehören zu welchem Tarif?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) setzen sich aus Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung), Teil II (Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung) zusammen. Welche Teile I und II für die von Ihnen gewählten Tarife gültig sind, entnehmen Sie der nachfolgenden Übersicht.

Tarife	Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II)			
	MB/KK 2009	MB/KT 2009	MB/PPV 2012	MB/EPV 2009
11	o			
181-185	o			
E	o			
K	o			
200-209	o			
210-219	o			
21P70-21P90	o			
220-229	o			
230-239	o			
240-249	o			
261, 262	o			
271-277	o			
281-283	o			
Z100, Z70, Z50/90	o			
Z90Bonus	o			
482	o			
483	o			
V100	o			
FlexiPro	o			
31-39		o		
520-529	o			
540-549	o			
68				o
69				o
PVN			o	
PVB			o	
251-259	o			

Dem Inhaltsverzeichnis können Sie entnehmen, auf welcher Seite dieses Heftes Sie die zu Ihrem Tarif gehörenden Teile I, II und III finden.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen	4
Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)	16
Private Pflegepflichtversicherung	24
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 2012)	24
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	34
Gesetzesteil	37
Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	51
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)	53
Tarifbeschreibung (Teil III)	62
Tarif 11: Krankenhaustagegeld-Versicherung	62
Tarife 181-183: Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung	62
Tarife 184, 185: Zahn-Zusatzversicherung	62
Tarif E: Einstiegsklasse	63
Tarif K: Komfortklasse	68
Tarif 200–209: Ambulante Heilbehandlung	74
Tarif 210–219: Ambulante Heilbehandlung	74
Tarif 21P70–21P90: Ambulante Heilbehandlung	75
Tarif 220–229: Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer	75
Tarif 230–239: Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse	75
Tarif 240–249: Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer	76
Tarif 25: Krankheitskosten- und Beihilfeergänzungsversicherung für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare)	76
Tarif 271-277: Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte	77
Tarif 261, 262: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung	78
Tarif 281-283: Ergänzungstarife für GKV-Versicherte	78
Tarif Z100, Z70: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte	80
Tarif Z90Bonus: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte	81
Tarif Z50/90: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte	82
Tarif 482: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte	82
Tarif 483: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte	84
Tarif V100: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte	86
Tarif FlexiPro: Optionstarif	86
Tarif 31–39: Krankentagegeld-Versicherungen	88
Tarif 520–529: Zahnkosten-Versicherung	88
Tarif 540–549: Zahnkosten-Versicherung	88
Tarif 68: Pflegekosten-Versicherung	89
Tarif 69: Pflegeetagegeld-Versicherung	89
Tarif PVN, PVB: Pflege-Pflichtversicherung	89
Ergänzende Unterlagen zum Antrag	90
Informationsblatt „Datenschutzwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen“	90
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG	92
Erläuterungen zum Versicherungsschutz	93



Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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
- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - 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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - 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 (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes 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 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 ist verpflichtet, einen solchen Antrag anzunehmen. 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 (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

Teil II

- (1) Der Versicherer erstattet die Kosten für Schutzimpfungen und für gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten.
- (2) In Abweichung zu Teil I Abs. 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise schriftlich zu stellen. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.
- (3) Die Schweiz wird den in Teil I Abs. 5 genannten Staaten gleichgestellt.
- (4) **Versicherung für zahnärztliche Behandlung**
Der Abschluss einer Versicherung für zahnärztliche Behandlung ist nur für Personen möglich, für die beim Versicherer eine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung bereits besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird. Die Versicherung für zahnärztliche Behandlung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem für die versicherte Person keine Versicherung mehr für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht.
- (5) Für Zusatztarife, bei denen eine Mitgliedschaft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist, gilt die Vorschrift des Teil I Abs. 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Abs. 1.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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

- (1) **Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.**
- (2) **Abweichend von Teil I Abs. 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.**

§ 3 Wartezeiten

Teil I

- (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 gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) 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 auf Grund 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 Abs. 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

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**

- (2) **Für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Abs. 4 1. beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (3) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Abs. 3.**
- (4) **In Ergänzung zu Teil I Abs. 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeldversicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskostenvollversicherung beantragt werden, angerechnet.**

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (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 Abs. 2 genannten Behandlern 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 Abs. 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 Umfang 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.

Teil II

- (1) **In Abweichung von Teil I Abs. 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn**
 - a) **es sich um eine Notfalleinweisung handelte,**
 - b) **die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder**
 - c) **während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.**
- (2) **Tarife für ambulante Heilbehandlung**
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören

1. **Ärztliche Leistungen wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren.**
2. **Arznei- und Verbandmittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel, soweit nicht im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch notwendig).**

3. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT und Sonographie) sowie Strahlentherapie.
 4. Heilmittel wie z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
 5. Hilfsmittel (Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro, Kontaktlinsen, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Bruchbänder, Hörgeräte, Stützapparate und Prothesen). Nach vorheriger schriftlicher Zustimmung durch den Versicherer sind auch nicht aufgeführte Hilfsmittel wie z. B. Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte oder Geräte zur Schlafapnoe-Behandlung erstattungsfähig, wenn sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Die Kosten für Krankenfahrstühle werden in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung erstattet; es ist ein ärztliches Attest mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität vorzulegen. Auch die Reparatur von Hilfsmitteln ist erstattungsfähig; die Höhe der Erstattung für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Gebrauch (z.B. Batterien), die Wartung und die Pflege von Hilfsmitteln.
Bei Tarifen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Kostenerstattung für Neuanschaffung und Reparatur von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.
 6. Krankenfahrten und -transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, wobei diese nicht auf orthopädische Erkrankungen beschränkt ist.
 7. Ärztliche Behandlung wegen Entbindung (Hausentbindung), Schwangerschaftserkrankung und Schwangerschaftsüberwachung (Vorsorgeuntersuchung). Bei Hausentbindung werden zusätzlich die Hebammenkosten ersetzt.
 8. Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs auch die Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt oder einem fachkundigen Behandler delegiert und überwacht bzw. von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr.
 9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
Bei Tarifen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
 10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Abs. 2 9. und Abs. 3 8. ist ausgeschlossen.
- (3) Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung ersetzt.
- Hierzu gehören
1. Krankenhauspflege wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung.
 2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen z.B. durch Krankenhausärzte oder Belegärzte.
 3. Arznei- und Verbandmittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel, soweit nicht im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch notwendig).
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (z.B. Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT und Sonographie) sowie Strahlentherapie.
 5. Heilmittel wie z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
 6. Krankenfahrten und -transporte bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
 7. Aufwendungen für Entbindung, Fehlgeburt, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaftserkrankung und Bauchhöhlenschwangerschaft. Bei Entbindungen werden zusätzlich die Kosten für Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspfleger und Belegentbindungspfleger ersetzt.
Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
 8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
 9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Abs. 2 9. und Abs. 3 8. ist ausgeschlossen.
 10. Transportkosten, die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
Bei Tarifen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
 11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
- (4) Tarife für zahnärztliche Behandlung
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ersetzt; dazu zählen auch Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan.
1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
 - a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
 - b) prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 (Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose) und 200 (Kariesvorsorge) der GOZ, jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr,
 - c) konservierende Leistungen (z. B. Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
 - d) chirurgische Leistungen (z. B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
 - e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
 - f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
 - g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,

- h) die zu den Leistungen gemäß 1a) bis 1g) gehörigen Material- und Laborkosten.
2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
- Kronen, Teleskopkronen und Onlays,
 - prothetische Leistungen (wie Brücken, Stützähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
 - implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen,
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung),
 - die zu den Leistungen gemäß 2 a) bis 2 d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
- (5) **Tarife für Krankenhaustagegeld**
- Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und Geisteskrankheiten.
 - Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
 - Bei stationärer Behandlung von Geisteskrankheiten und psychischen Erkrankungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
 - Bei Revieraufenthalt von Angehörigen der Bundeswehr und bundeswehrähnlicher Formationen wird vom 6. Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Revierbehandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
- (6) Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Abs. 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
- Teil I
- Keine Leistungspflicht besteht
 - 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;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - 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;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - (entfallen);
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (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 Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- Teil II
- Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Abs. 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.
 - Entgeltungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Abs. 1 b) aufgeführten Einschränkungen.
 - Die Einschränkung nach Teil I Abs. 1 e) entfällt.
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**
- Teil I
- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
 - Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
 - 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.
 - Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
 - Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
 - Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- Teil II
- Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen

werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.

- (2) Für die Auszahlung des Krankenhaustagegeldes genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.
- (3) **Krankenausweis**
Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Abs. 6) insoweit nicht.
- (4) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – 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 ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und 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 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

(7) Bei anderen als den in Abs. 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 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 auf Grund des § 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.

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

Teil II

(1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 % bei halbjährlicher bzw. 4 % bei jährlicher Beitragszahlung.**

(2) **Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so**

wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrages erhoben.

- (3) **Abweichend von Teil I Abs. 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.**
- (4) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.
- (5) **Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (z. B. Retouregebühren) geltend zu machen.**

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

- (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. 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

- (1) **1. Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
2. Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.
3. Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.
- (2) **Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Überschussverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.**

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund 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 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

- (1) **Der im Teil I Abs. 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 %.**
- (2) **Bei Krankenhauskosten-Tarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankentagegelder und Mindestleistungen möglich ist.**

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs 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 Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung gemäß Teil I Abs. 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Abs. 5 bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (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 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 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 bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

- (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 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 Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (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 auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats 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 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 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 erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 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 Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf de-

ren 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

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Die Kündigung gemäß Teil I Abs. 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (4) **Bei Kündigungen nach Teil I Abs. 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**
- (6) **Teil I Abs. 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswertes beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Die in Teil I Abs. 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit gilt nicht für Krankheitskostenteilversicherungen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

- (1) **Die Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Beendigung des Anspruches auf Heilfürsorge oder Beihilfe ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung, wenn die Kündigung und der Nachweis über die Veränderung dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Nach Ablauf der dreimonatigen Frist endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Monats, in dem alle Unterlagen dem Versicherer zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers kann schriftlich beantragt werden.**
- (2) Entsprechend § 1 Teil II Abs. 3 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Abs. 3 betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskostenversicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar

grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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

Teil I

- (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 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b 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 Abs. 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.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

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 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (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 Versicherungsfalles 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 Versi-

cherungsnehmer 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 infolge dessen 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 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße 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 Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften 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.

(...)

§ 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.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei (...)
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen brancheneinheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (1) (...)
- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3 a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen

vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zu Grunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 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 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 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,
- (...)

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.



**Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)**

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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 ist verpflichtet, einen solchen Antrag anzunehmen. 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 (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.
- (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 medi-

zinisch 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.

Teil II

- (1) **Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern; in Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.
Das Mindestaufnahmearter beträgt 16 Jahre.**
- (2) **Bei Reisen in das außereuropäische Ausland ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist rechtzeitig schriftlich vor Beginn des Auslandsaufenthaltes zu stellen.**
- (3) **Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit.**
- (4) **Die Schweiz wird den in Teil I Abs. 8 genannten Staaten gleichgestellt.**

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

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.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

- (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 auf Grund 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 Wartezeiten 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 Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Teil I Abs. 5 wird die in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.**
- (3) **Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (4) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Abs. 3.**
- (5) **Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer wechseln, wird – über die Regelung in Teil I Abs. 5 hinaus – die nachweislich dort in einer Krankheitskostenvollversicherung ununterbrochen zurückgelegte Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten der Krankentagegeldversicherung, die in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird, angerechnet, wenn die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung beginnen soll.**

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (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) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied,

ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang 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 (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 Leitung 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 Abs. 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 Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Teil II

- (1) **Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 7 und 15 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.**
- (2) **Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Zu solchen Anträgen erfolgt keine erneute Risikoprüfung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens bzw. der Entgeltfortzahlung zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes die Leistungspflicht besteht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen. Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung aus dem abgelaufenen Kalenderjahr spätestens innerhalb der darauf folgenden zwei Monate durch Vorlage der Einkommenssteuererklärung oder des Einkommensteuerbescheides nachgewiesen wird.**
- (3) **In Abweichung von Teil I Abs. 9 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.**

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen 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 Alkoholenuss 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 (Mutter-schutz). 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 (vgl. § 4 Abs. 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 Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

- (1) Die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I Abs. 1 a) bei Arbeitsunfähigkeit wegen durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht wurden, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.
- (2) Die Einschränkung nach Teil I Abs. 1 c) entfällt.
- (3) Die Einschränkung nach Teil I Abs. 1 d) entfällt bei medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Für Tarife mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen entfällt die Einschränkung auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft – dies gilt nicht bei Fluguntauglichkeit.
- (4) Die Einschränkung nach Teil I Abs. 1 g) entfällt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen bestand und der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankengeld angerechnet.
- (5) In Abweichung zu Teil I Abs. 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Abs. 9 und § 4 Teil II Abs. 3 bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 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 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (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 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 Versicherungsscheines zu zahlen.
- (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 Tage 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 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Bei-

trag 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 auf Grund des § 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 % bei halbjährlicher bzw. 4 % bei jährlicher Beitragszahlung.**
- (2) **Endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrages erhoben.**
- (3) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.
- (4) **Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (z.B. Retouregebühren) geltend zu machen.**
- (5) **Die Beiträge sind auch während des Bezuges von Versicherungsleistungen zu zahlen.**
- (6) **Abweichend von Teil I Abs. 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.**

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I

- (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. 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

- (1) **Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
- (2) **Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder auf Grund 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) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Abs. 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 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 (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs 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.

Teil II

- (1) **Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des vereinbarten Tarifs anzuzeigen.**
- (2) **Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen ersichtlich sein.**
- (3) **Eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und vom Behandler auszufüllenden Vordruck mindestens 14tägig nachzuweisen.**
- (4) **Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß § 4 Teil I Abs. 3 und die Regelung über die Änderung des Versicherungsvertrages gemäß § 4 Teil I Abs. 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit.**

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (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 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 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.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, 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 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.**
- (4) **Die Kündigung gemäß Teil I Abs. 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Mit diesem Tag endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungsspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungs-**

pfligt im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (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 Krankentagegeldes 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 Abs. 3.

Teil II

Besteht zusätzlich zu einem Tarif mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen eine Krankheitskostenvollversicherung bei dem Versicherer, so verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bzgl. dieses Tarifes.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres 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 Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis auf Grund 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 Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag

nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

- (1) **In Abweichung von Teil I Abs. 1 c) endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Es besteht das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit besteht; die neue Versicherung endet spätestens zum Ende des Kalendermonats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird.**
- (2) **Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen Person – gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen – vereinbart werden.**
- (3) **Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer des Bezuges der Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.**
- (4) **Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Anspruch auf Fortsetzung der Versicherung in einem Krankentagegeldtarif mit kürzerer Karenzzeit besteht dabei nur bei Änderung der Lohnfortzahlungsdauer. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.**
- (5) **Entsprechend § 1 Teil II Abs. 4 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Abs. 1 e) betroffenen Staaten.**

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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 dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageer-

hebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

- (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.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (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 Versicherungsfalles 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 Versi-

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.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten 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.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 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 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.



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 2012)	24
Tarif PV mit Tarifestufen PVN und PVB	34
Gesetzesteil	37
Pflegehilfsmittelverzeichnis	51

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
– Bedingungsteil – (MB/PPV 2012)**

Dieser Bedingungsteil gilt in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung

Der Versicherungsschutz		Pflichten des Versicherungsnehmers		
§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	25	§ 8 Beitragszahlung	29
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	25	§ 8a Beitragsberechnung	30
§ 3	Wartezeit	26	§ 8b Beitragsänderungen	30
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	26	§ 9 Obliegenheiten	31
A.	Leistungen bei häuslicher Pflege	26	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	31
B.	Teilstationäre Pflege	27	§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	31
C.	Kurzzeitpflege	27	§ 12 Aufrechnung	31
D.	Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	27	Ende der Versicherung	
E.	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	27	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	31
F.	Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson	27	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	32
G.	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	28	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	32
H.	Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	28	Sonstige Bestimmungen	
I.	Pflegeberatung	28	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	32
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	28	§ 17 Gerichtsstand	32
§ 5a	Leistungsausschluss	29	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	32
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistung	29	§ 19 Beitragsrückerstattung	33
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	29	Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI	
				33
			Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basisarbit gemäß § 193 Abs. 5 VVG	
				33

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 wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- (9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2012, Tarif PV) 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 gemäß § 18 geändert.
- (11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN 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 PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.
- (12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, 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 Tage der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.
- (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, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Abs. 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Abs. 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Abs. 1) an.
- (2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages
 - a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
 - b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
 - c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
 - d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
 - e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss,
 - f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.
- (3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Eltern-teil 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 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. 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), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. 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. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.
Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

- (2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.
- (3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes 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.
- (4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
 - a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
 - b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlicheine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.
Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.
- (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. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz 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.
- (6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- (7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV 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 Abs. 6 und 7 SGB 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.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV 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.

B. Teilstationäre Pflege

- (8) Versicherte Personen 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 gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen 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 selbstständig 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 gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

- (9) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v.H. auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

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 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf

Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 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 eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

- (11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

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.

- (12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

- (13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom Medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs 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.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

- (14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 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 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherte nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauffendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d) tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 - i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 - j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 - k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 - l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 - m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, da-

von mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

I. Pflegeberatung

- (18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 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 Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
- 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 sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 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 gemäß § 4 Abs. 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 unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund 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 auf Grund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des

Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier 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 vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier 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, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (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 Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 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 nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
- (2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pfe-

gehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. 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 untersuchen zu lassen, wenn die gemäß 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 die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneuert der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

- (3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie 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 einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten 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.

§ 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 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 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 selbstständig erwerbstätig sind und
 - e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; 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; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.
- (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 Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst 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,
 - d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 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 nach Buchstaben a), b) oder c) versichert 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 auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes 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 gemäß § 55 Abs. 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 v. H. des Höchstbeitrages 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 Euro verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer auf Grund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.
- (9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8a 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 Versicherungsvertrages 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 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 dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8b Beitragsänderungen

- (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, 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 v. H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (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 gemäß 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 schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegefähigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund 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 gemäß § 5 Abs. 1 b).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs 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 schriftlich 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 schriftlich zu unterrichten.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 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 Abs. 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 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 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 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. 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 Abs. 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 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 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 Kündi-

gungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

- (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.
Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 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 gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a 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 gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 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 Abs. 5 bleibt unberührt.
- (2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß 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 Abs. 6) kündigen.
- (3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 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 Aufenthaltes 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 Aufenthaltes 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 gemäß § 5 Abs. 1 a) Halbsatz 1.
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 Aufenthaltes 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 Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 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 gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. 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 gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2012 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2012 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 Abs. 5 MB/PPV 2012
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v. H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v. H. des jeweiligen Höchstbeitrages 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 Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.
Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherte auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.
Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherten 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 Versicherten versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kapungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
 - b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2012 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß 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 Krankenversicherung 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 gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2012

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages 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.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2012) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe 34

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit 34

1. Häusliche Pflege	34	7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	35
2. Pflegegeld	34	8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	36
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	35	9. Leistungen bei Pflegezeit	36
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	35	10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	36
5. Teilstationäre Pflege	35	11. Zusätzliche Betreuungsleistungen	36
6. Kurzzeitpflege	35		

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 v. H. der nach den Nummern 1–11 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB 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 für

1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind 50 v. H.
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v. H.
3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden, 30 v. H.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 v. H.
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 v. H.

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1–11 vorgesehenen Beträge. Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1–5 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 der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit 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 zu Stande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

- 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 235 Euro,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 440 Euro,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 700 Euro.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro, in Pflegestufe III bis zu 31 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.550 Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag 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 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz 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 technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 v. H.

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v. H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

31 Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf

2.557 Euro

je Maßnahme begrenzt.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.100 Euro,

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.550 Euro erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen 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 zu Stande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.550 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v. H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro je Kalendermonat,

b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat,

c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.550 Euro je Kalendermonat,

d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.918 Euro je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v. H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 Euro je Kalendermonat, abgegolten. 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 PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 Euro.
In Tarifstufe PVB 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, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.
In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a 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 dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.
In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge 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. Zusätzliche Betreuungsleistungen

- 11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
- der teilstationären Pflege,
 - der Kurzzeitpflege,
 - der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 - der nach Landesrecht anerkannten niedrighwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,
- werden bis zu
100 Euro (Grundbetrag) oder
200 Euro (erhöhter Betrag)
monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt.

Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.
In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).
In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

Drittes Buch (III) Arbeitsförderung (SGB III)

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Versicherungspflichtig sind
1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 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 oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
 3. (aufgehoben)
 - 3a. (aufgehoben)
 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. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 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, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
 2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
 3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltsatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.
- (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, eine laufende Entgeltsatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, 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 des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten 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 Abs. 2 des Sechsten Buches).

- (2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.
- (3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 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. 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 Entgeltsatzleistungen 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.
- (4) (aufgehoben)

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

- (1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die
1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,
 2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
 3. eine Beschäftigung mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich in einem Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz aufnehmen und ausüben.
- Gelegentliche Abweichungen von der in den Nummern 1 bis 3 genannten wöchentlichen Mindeststundenzahl bleiben unberücksichtigt, wenn sie von geringer Dauer sind.
- (2) Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass der Antragsteller
1. innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat,
 2. eine Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung bezogen hat oder
 3. eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung, die ein Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts oder den Bezug einer laufenden Entgeltsatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung ausgeübt hat

und weder versicherungspflichtig (§§ 25, 26) noch versicherungsfrei (§§ 27, 28) ist; eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Abs. 2) schließt die Versicherungspflicht nicht aus. Die Begründung eines Versicherungsverhältnisses auf Antrag nach Abs. 1 Nummer 2 ist ausgeschlossen, wenn der Antragsteller bereits versicherungspflichtig nach Abs. 1 Nummer 2 war, die zu dieser Versicherungspflicht führende Tätigkeit zweimal unterbrochen hat und in den Unterbrechungszeiten einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend gemacht hat.

- (3) Der Antrag muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur Begründung eines Versicherungsverhältnisses auf Antrag berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden. Das Versicherungsverhältnis beginnt mit dem Tag, an dem erstmals die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2 erfüllt sind; im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit.
- (4) Die Versicherungspflicht nach Abs. 1 ruht, wenn während der Versicherungspflicht nach Abs. 1 eine weitere Versicherungspflicht (§§ 25, 26) oder Versicherungsfreiheit nach § 27 eintritt. Eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Abs. 2) führt nicht zum Ruhen der Versicherungspflicht nach Abs. 1.
- (5) Das Versicherungsverhältnis endet,
 1. wenn der Versicherte eine Entgeltersatzleistung nach § 116 Nummer 1 bis 3 bezieht,
 2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Abs. 1 letztmals erfüllt waren,
 3. wenn der Versicherte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist, mit Ablauf des Tages, für den letztmals Beiträge gezahlt wurden,
 4. in den Fällen des § 28,
 5. durch Kündigung des Versicherten; die Kündigung ist erstmals nach Ablauf von fünf Jahren zulässig; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendermonats.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

- (1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungsverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.
- (2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraums bleiben außer Betracht
 1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
 2. Zeiten einer Beschäftigung als Freiwillige oder Freiwilliger im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder des Bundesfreiwilligendienstgesetzes, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,
 3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
 - 3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
 4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermin-

dert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

- (3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn
 1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält,
 - 1a. in den Fällen des § 123 Absatz 2 der Bemessungszeitraum weniger als 90 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
 2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 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 in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 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 Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, 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,
6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn 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 den Beziehern der Leistung 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 400 Euro nicht übersteigt,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
7. für Personen, die als 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. (aufgehoben)
10. für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten 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.

§ 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 Bezieher von Sozialleistungen 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 Bezieher von Krankentagegeld 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 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 Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekas-

sen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

- (5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4a 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. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Viertes Buch (IV)

Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
 1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,
 (...)

§ 8a 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 vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Fünftes Buch (V)

Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 33 Hilfsmittel

- (...)
- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berech-

tigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(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.

(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; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. 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 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 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.

(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 Leistungsanspruchnahme 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. Er bestimmt darüber hinaus

das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 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 Kasenzugehörigkeit 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 Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 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 zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 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 Abs. 2a 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 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 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 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

- (2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.
- (3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b 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 § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sechstes Buch (VI)

Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 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,
 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,
 3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld 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. (aufgehoben)
 4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der 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 weiter erhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a 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 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 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, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz 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 Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld 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 zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
 - 2b. (aufgehoben)
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen 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 Abs. 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,
 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 eines
 1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

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 ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

schaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(...)

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

- (1) Die Beiträge werden getragen
1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiternwendungsgesetzes 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 400 Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
 3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Angehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörigen eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörigen der Schweiz 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 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.

Neuntes Buch (IX)

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)

§ 2 Behinderung

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesell-

Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 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, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Alttenteiler, 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 Berufsförderung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit 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 Abs. 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); 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 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 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 Abs. 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, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
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 Abs. 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 Per-

sonen 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.

§ 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 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 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 Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 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 Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst 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,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.§ 10 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Beitrittsklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 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.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

- (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 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 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 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a 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.

- (2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.
- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsange-

bote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familientlastende Dienste.

- (4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzerkrankte Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.
- (6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.
- (7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

- (1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 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 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).
- (...)

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

- (1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);

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; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 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 auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.

(...)

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(...)

- (2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für
 1. Maßnahmen, 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, 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.

- (3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechnbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

- (4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbe-

hörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(...)

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass
1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünf- und zwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

- (2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

- (1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung 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, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; 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 Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen 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 Abs. 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 Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung 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 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
 2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Pflegeversicherungsgesetzes 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 § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 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 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 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.

Zwölftes Buch (XII) Sozialhilfe (SGB XII)

§ 66 Leistungskonkurrenz

(...)

- (4) Leistungen nach § 65 Abs. 1 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme

von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 anzurechnen.

§ 75 Einrichtungen und Dienste

(...)

- (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 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(...)

- (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.

(...)

§ 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 infolge dessen 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 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße 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 Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von we-

niger 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 § 12 Abs. 1a 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 Abs. 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 Abs. 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.

(...)

§ 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 eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(...)

Auszug aus der Kalkulationsverordnung (KaIV)

§ 13a Übertragungswert

(...)

- (6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Auszug aus dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

Art. 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 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.
- (2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Auszug aus dem Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 3 Pflegezeit

- (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.
- (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.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

§ 35 Pflegezulage

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 275 Euro (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 471, 668, 857, 1.115 oder 1.370 Euro (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 Abs. 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 pau-

schalen 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 Abs. 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 nahe steht, 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.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: Januar 2010

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege		2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	
	HMV-Nummer		HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten		2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999	– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999	– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999	– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
		– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
1.2 Pflegebettzubehör		– Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4000-4999
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999	2.2 Waschsysteme	
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999	– Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999	– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999	– Duschwagen	51.45.01.2000-2999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999	– Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999	– Hygienesitze	51.45.01.4000-4999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung		Hilfsmittel*:	
– Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999	Badewannenlifter	
– Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999	– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
1.4 Spezielle Pflegebettische		– Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
– Pflegebettische	50.45.04.0001-0999	Badewanneneinsätze	
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999	– Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		– Badeliegen	04.40.04.1000-1999
– Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999	Badewannensitze	
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung		– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999	– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
1.7 Pflegerollstühle		– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999	– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
Hilfsmittel*:		Duschhilfen	
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung		– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999	– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert		– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999	Toilettensitze	
Zubehör für Lifter		– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999	– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
Umsetz- und Hebehilfen		– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999	– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999	– Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
– Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999	Toilettenstützgestelle	
Innenraum und Außenbereich		– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
Schieberollstühle		– Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999
– Standard-Schieberollstühle	18.50.01.0001-0999	Toilettenstühle	
Treppen		– Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
Treppenfahrzeuge		– Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999	– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999	Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
		– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
		– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
		Toilettenrollstühle	
		– Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
		Duschrollstühle	
		– Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999

* **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.

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität

	HMV-Nummer
3.1 Notrufsysteme	
– Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte	52.40.01.0001-0999
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
--	--------------------

Gehhilfen

– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999

Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher

– Bettpfostenerhöher	ohne
– Bettrahmenerhöher	ohne

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

	HMV-Nummer
4.1 Lagerungsrollen	
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

Lagerungskeile

– Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999
---	--------------------

Sitzhilfen zur Vorbeugung

– Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
--	--------------------

Liegehilfen zur Vorbeugung

– Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999
– Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999

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
– Mundschutz	54.99.01.2000-2999
– Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
– Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:

Saugende Inkontinenzvorlagen

– Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
– Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
– Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
– Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2	15.25.01.3000-4999
– Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999

Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

– Netz hose Größe 1/Netz hose Größe 2	15.25.02.0001-1999
---------------------------------------	--------------------

Saugende Inkontinenzhosen

– Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
-------------------------------------	--------------------

Externe Urinalableiter

– Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.0001-0999
-------------------------------	--------------------

Urin-Beinbeutel

– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
-----------------------------------	--------------------

Urin-Bettbeutel

– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
-----------------------------------	--------------------

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.

**Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten
Krankenversicherung (MB/EPV 2009)**

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (9) 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.
- (10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (11) 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 in der Pflegekostenversicherung höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.
- (12) 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 verpflichtet, einen solchen Antrag anzunehmen. 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 (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten.

Teil II

Die Schweiz wird den in Teil I Abs. 11 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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 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 hinzu kommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit 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

- (1) **Werden Personen nachversichert oder nachträglich Tarife mit höheren Leistungen abgeschlossen, so gelten für diesen Teil des Vertrages die gleichen Bestimmungen wie für einen Neuabschluss. Eine Ausnahme bildet die im Pfl egetagegeldtarif vorgesehene Anpassungsmöglichkeit.**
- (2) **Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.**

§ 3 Wartezeit

Teil I

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt 36 Monate.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzu kommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

Die Wartezeit nach Teil I entfällt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse 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) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 für die Pflegekostenversicherung, solange sich versicherte Personen im Ausland auf-

halten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

- d) in der Pflegekostenversicherung, soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung 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;
- e) in der Pflegekostenversicherung, soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- g) bei Pflege durch Pflegekräfte 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

- (1) **Die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Versicherungsfälle nach Teil I Abs. 1 a entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.**
- (2) **Die Einschränkung nach Teil I Abs. 1 b entfällt.**
- (3) **Die Schweiz wird den in Teil I Abs. 1 c genannten Staaten (§ 1 Teil I Abs. 11) gleichgestellt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (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 nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) 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.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (5) 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, 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 auf Grund des § 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.

Teil II

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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (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 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 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.

Teil II

- (1) Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 % bei halbjährlicher bzw. 4 % bei jährlicher Beitragszahlung.
- (2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrages erhoben.
- (3) Abweichend von Teil I Abs. 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- (4) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.
- (5) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (z. B. Retourengebühren) geltend zu machen.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I

- (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 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 Alterwerdens 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 hinzu kommenden 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

- (1)
 1. Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
 2. Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.
 3. Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.
- (2) Zur Beitragsentlastung bzw. Leistungsverbesserung werden in der Pflegekrankenversicherung den Versicherten zusätzliche Beiträge gemäß § 12 a VAG (siehe Anhang) gutgeschrieben.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I

- (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 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.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

- (1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 %.
- (2) Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische

Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und in der Pflegekostenversicherung der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 d.

- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (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.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II

- (1) Die Pflegebedürftigkeit ist spätestens bis zu dem Tage, an dem die Leistungspflicht beginnt, anzuzeigen. Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit ist diese in vierteljährlichen Abständen nachzuweisen.
- (2) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist durch den für die Pflegepflichtversicherung erstellten Nachweis des ärztlichen Dienstes über die Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Soweit dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, ist eine Bescheinigung der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten ärztlichen Dienstes vorzulegen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (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 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn 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 bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

- (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 Versiche-

rungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), 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 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 Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (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) 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 gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats 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 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Endet für eine versicherte Person die private oder soziale Pflegepflichtversicherung, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Beendigung der Pflegepflichtversicherung insoweit eine ergänzende Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Ende der Pflegepflichtversicherung kündigen. Die Kündigung kann zum Tag der Beendigung der Pflegepflichtversicherung, die entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Pflegepflichtversicherung nachweist.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.
- (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 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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 einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszu-

schlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann in der Pflegekostenversicherung verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

- (4) In der Pfl egetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II

Entsprechend § 1 Teil II zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Abs. 3 betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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

Teil I

- (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.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (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 Versicherungsfalles 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 infolge dessen 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 Ge-

meinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt zuzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei von Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.
- (2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienerrmäßigung gemäß Satz 1 kann soweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug aus dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

§ 35 Pflegezulage

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (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 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 Euro (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 Abs. 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 Abs. 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, Le-

benspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahe steht, 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 Beschädigtenrente 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 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.
- (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; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. 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 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 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.

- (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 Leistungsanspruchnahme 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. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.



Tarif 11: Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungen

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe des vereinbarten Tagessatzes für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung gezahlt. Der Tagessatz kann ein Vielfaches von 1 Euro betragen.

Tarife 181-183: Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

2. Leistungen

Es werden bei Behandlung als Privatpatient die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland verbleibenden Kosten für ambulante Heilbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Hilfsmittel, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie im Tarif 183 Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker – mit 100 % erstattet.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV. Sofern keine Vorleistung durch die GKV erfolgt, werden die nachgewiesenen Kosten nach folgenden Sätzen erstattet:

Tarif	181	182	183
Erstattungsprozentsatz	30	60	0

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

3. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr gemäß folgender Tabelle:

Tarif	181	182	183
Selbstbehalt €	0	75	150

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an.

Tarife 184, 185: Zahn-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif 184 oder 185 ist nur möglich, wenn gleichzeitig einer der Tarife 181, 182 oder 183 abgeschlossen wird oder bereits besteht. Für die zu versichernde Person darf keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der AVB. Alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

a) Tarifliche Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Tarif 184/185 + GKV) in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gemäß nachfolgender Tabelle. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, wird somit diese Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen 184/185 erbracht. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

Gesamtleistung (inkl. GKV)		Leistungsbereiche
Tarif 184	Tarif 185	
70 %	100 %	Zahnbehandlung
70 %	70 %	Zahnersatz, Inlay, Kieferorthopädie

Kieferorthopädie

Im Fall einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Vorlage der Einstufung in eine Kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG 1 bis 5) Voraussetzung für die tarifliche Leistung.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandler. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	184	185
im 1. Jahr	400 €	500 €
im 2. Jahr	800 €	1.000 €
ab dem 3. Jahr unbegrenzt,		

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife 184/185 gerechnet. Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif E: Einstiegsklasse

1. Allgemeines und Selbstbehalt

Neben dem Tarif E darf bei einer anderen privaten bzw. gesetzlichen Krankenversicherung keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die unter Punkt 3. empfohlene Auslandsreise-Krankenversicherung ist von dieser Regelung nicht berührt.

Selbstbehalt (SB) pro Person und Kalenderjahr						
Leistungsstufen	E0	E300	E600	E900	E1200	E1500
SB € für Erwachsene*	0	300	600	900	1.200	1.500
SB € für Kinder/Jugendliche	0	150	300	450	600	750

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für ärztliche Leistungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Erstattung erfolgt zu 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte (Primärärzte) nachgewiesen wird:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie

- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Bei Rechnungen von Not- oder Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch oben nicht aufgeführte Ärzte sind gleichfalls zu 100 % erstattungsfähig, wenn der Hausarzt oder ein Facharzt für Kinderheilkunde die Weiterbehandlung veranlasst und dies formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

Sind die vorherig aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt, werden nur 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Mindestsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs E zu entnehmen.

Die Erstattung aller Aufwendungen gemäß 2 b) dieser Tarifbeschreibung erfolgt zu 80 % und ist insgesamt auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Die Leistung erfolgt für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Kalenderjahr zu 80 %, für den 2.500 Euro übersteigenden Teil zu 100 %.

Als Arzneimittel im Sinne des Tarifs gelten nur verschreibungspflichtige Medikamente.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs E zu entnehmen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel sind auf funktionale Standardausführungen begrenzt. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem zu erwartenden Rechnungsbetrag von 500 Euro die schriftliche Erstattungszusage des Versicherers einzuholen.

d) Sehhilfen

Die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erfolgt zu 100 % bis maximal 150 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

e) Ambulante Psychotherapie

Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erfolgt zu 80 %. Vor Beginn der Behandlung ist – mit Ausnahme von bis zu fünf probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage des Versicherers einzuholen. Andernfalls besteht kein Leistungsanspruch.

Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II (2) 8. der AVB unberührt.

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse und für Transportkosten gemäß § 4 Teil II (3) 6. und § 4 Teil II (3) 10. der AVB werden zu 100 % erstattet.

- Als Aufwendungen für die Allgemeine Pflegeklasse gelten
- in Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, Pflegesätze, Sonderentgelte und Fallpauschalen
 - in Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der kostengünstigsten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten

Die Aufwendungen für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger werden maximal bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung erstattet.

Belegärzte sind niedergelassene, nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen im Krankenhaus stationär behandeln.

Nicht Gegenstand dieses Tarifs ist die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen bei Unterkunft und/oder privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte.

Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Punkt 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung im Ausland werden maximal in der Höhe ersetzt, die bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland in der Allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.

Es wird der zusätzliche Abschluss einer Auslandsreise-Krankenversicherung empfohlen.

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Rechnungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen ärztlichen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ).

a) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen

- 100 % für Zahnbehandlung (ausgenommen Inlays)
- 65 % für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie

Gemäß § 4 Teil II (4) 2. der AVB gelten als Zahnersatz u. a. Kronen, Teleskopkronen, Onlays und Implantate.

b) Implantate und Teleskopkronen

Aufwendungen für Implantologie sind nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht und dies unter Vorlage eines Heil- und Kostenplans mit aktuellen Röntgenaufnahmen vor Behandlungsbeginn nachgewiesen wird. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Heil- und Kostenplan unter dem Punkt 4 e) dieser Tarifbeschreibung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate oder Teleskopkronen je Kiefer, einschließlich bereits bestehender Implantate oder Teleskopkronen.

c) Kieferorthopädie

Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

d) Material- und Laborkosten

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Material- und Laborkosten sind dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs E für zahntechnische Leistungen zu entnehmen.

e) Heil- und Kostenplan

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe und detaillierter Aufstellung der Material- und Laborkosten des zahntechnischen Labors vorzulegen, falls die voraussichtlichen Gesamtkosten für Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays 2.000 Euro übersteigen.

Sind implantologische Maßnahmen, Versorgung mit Teleskopkronen oder eine kieferorthopädische Behandlung geplant, so ist stets ein Heil- und Kostenplan mit zuvor beschriebenen Inhalten einzureichen.

Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden

- bei Zahnersatz, Kronen, Inlays und Onlays die 2.000 Euro übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen
- bei Implantologie, Teleskopkronen oder kieferorthopädischer Behandlung alle erstattungsfähigen Aufwendungen anstatt zu 65 % nur zu 32,5 % erstattet.

f) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf

- 1.000 Euro im 1. Jahr
- 2.000 Euro im 2. Jahr
- 3.000 Euro im 3. Jahr
- 4.000 Euro im 4. Jahr
- 5.000 Euro im 5. Jahr
- 5.000 Euro im 6. und in jedem weiteren Jahr,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Nur bei Versicherungsbeginn zum 1.1. sind obige Zeiträume (von 12 Monaten) mit Kalenderjahren identisch.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1.1.) des 6. Versicherungsjahres* in Tarif E haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentarife des Versicherers ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Versicherung nach Tarif E hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre* bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung bzw. Ruhensvereinbarung die Versicherung nach Tarif E nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
- vor Abschluss von Tarif E hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden;
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif E bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs E) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des 6. Versicherungsjahres* schriftlich beim Versicherer vorliegen.

Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I (6) der AVB mit Gesundheitsprüfung auf die Mehrleistung bleibt unberührt.

* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

6. Einschränkung des Leistungsumfangs gemäß Teil I und II der AVB

- Nicht erstattungsfähig nach Tarif E sind Aufwendungen für
- über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Teil II (1) der AVB
 - Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen

- ambulante und stationäre Kuren gemäß § 4 Teil II (2) 9. und § 4 Teil II (3) 8. der AVB
- Behandlungen (einschließlich Arzneien) bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung
- Behandlungen (einschließlich Arzneien und Hilfsmittel) zur Erlangung und Stärkung der Potenz
- brechkraftverändernde Augenoperationen

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs E

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
I. Inhalationen	
1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2 a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3 a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
4 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	6,20
8 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
9 a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
10 Bewegungsübungen	7,70
11 a) Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
b) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.) je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13 Chirogymnastik – einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,40
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten je Behandlungstag	81,90
15 entfällt	
16 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschlinge)	5,20
17 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen	
18 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perlost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
19 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung mind. 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung mind. 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
20 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wannenin- halt von mind. 600 l und einer Aggregatleistung von mind. 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmessein- richtung einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
21 Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe	10,30
22 a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	
■ bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango- Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
■ bei Anwendung einmal verwendbarer natürli- cher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pello- se, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Teilpackung	20,50
Großpackung	28,20
b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90
c) Kaltpackung (Teilpackung)	
■ Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70
■ Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20
e) Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	4,60
f) Trockenpackung	3,10
23 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24 a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
b) An- oder absteigendes Vollbad (z.B. Überwärmungs- bad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00
25 a) Wechsel-Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
b) Wechsel-Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
26 Bürstenmassagebad einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,00
27 a) Naturmoor-Halbbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
b) Naturmoor-Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
28 Sandbäder einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	28,70
b) Vollbad	32,80
29 Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Bal- neo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Bestrahlung einschl. Nachfetten) und Licht-Öl- Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
30 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz z.B. vegetabili- sche Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehal- tige Zusätze	6,70

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
b) Sitzbad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
d) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoff- bad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
d) Radon-Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10
Aufwendungen für andere als die genannten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nummern 30 a) bis c) und 31 b) angegebenen Höchstbeträge um bis zu 3,07 Euro. Zusät- ze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d) erstat- tungsfähig.	
V. Kälte- und Wärmebehandlung	
32 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
33 Eisteilbad	9,80
34 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie	
35 Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynami- scher Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39 Iontophorese	6,20
40 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
VII. Lichttherapie	
42 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbe- zirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs E
für zahntechnische Leistungen**

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Modell	5,73
Doublieren	15,62
Platzhalter einfügen	15,62
Verwendung von Kunststoff	15,62
Galvanisieren	15,62
Set-up	8,28
Stumpfmodell/Sägmodell	9,06
Stumpfmodell/Einzelstumpfmodell	9,06
Stumpfmodell/Modell nach Überabdruck	9,06
Stumpfmodell/Set-up-Modell	9,06
Stumpfmodell/Fräsmmodell	9,06
Zahnkranz	4,68
Zahnkranz sockeln	5,34
Modellpaar trimmen	7,95
Fixator	7,55
Mittelwertartikulator	8,13
Modellpaar sockeln	20,35
Übertragungskappe	28,82
Provisorische Krone oder Brückenglied	28,82
Formteil	18,95
Vollkrone Metall	69,25
Krone/Keramikverblendung	69,25
Wurzelstiftkappe	62,03
Teilkrone	69,99
Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	69,99
Krone/Kunststoffverblendung	69,99
Vorbereiten Krone für Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Krone einarbeiten in Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Stiftaufbau in Krone einarbeiten	13,56
Modellation für Stiftaufbau gießen	20,34
Stiftaufbau	46,67
Brückenglied	50,41
Gussinlay, 1 flächig	57,96
Gussinlay, 2 flächig	62,16
Gussinlay, 3 und mehrflächig	71,40
Teleskopierende Krone	210,76
Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	142,63
Steg	134,06
Steglasche/Stegreiter einarbeiten	48,51
Steggeschiebe individuell	127,44
Individuelles Geschiebe	188,34
Rillen-Schulter-Geschiebe	175,29
Primär-/Sek.-Teil individuelles Geschiebe	127,44
Primär-/Sek.-Teil Ankerband-Klammer	127,44
Primär-/Sek.-Teil Rillen-Schulter-Geschiebe	127,44
Konfektions-Geschiebe einarbeiten	106,09
Konfektions-Gelenk einarbeiten	106,09
Konfektions-Anker einarbeiten	106,09
Konfektions-Riegel einarbeiten	106,09
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Geschiebe einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Gelenk einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Anker einarbeiten	70,73

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Riegel einarbeiten	70,73
Wiederbefestigen Sek.-Teil individuelle Verbindung	70,73
Friktionsstift einarbeiten	42,34
Federbolzen einarbeiten	42,34
Schraube einarbeiten	42,34
Bolzen einarbeiten	42,34
Gefrästes Lager	54,25
Riegel, individuell	188,34
Riegel, Wiederherstellung	102,77
Umgebungsbügel	11,11
Auswechseln Konfektionsteil	13,61
Reparatur Krone/Brückenglied	33,86
Metallverbindung nach Brand	25,10
Verblendung Kunststoff/ Komposit	57,64
Zahnfleisch Kunststoff/ Komposit	17,02
Verblendung Keramik	79,22
Zahnfleisch Keramik	39,77
Keramik Inlay 1 flächig gepresst inkl. Material	90,72
Keramik Inlay 2 flächig gepresst inkl. Material	104,16
Keramik Inlay 3 flächig gepresst inkl. Material	112,56
Keramik Onlay, Teilkrone gepresst inkl. Material	115,92
Vollkeramikkrone gepresst inkl. Material	111,72
Vollkeramikkrone gepresst zur Verblendung inkl. Material	54,60
Vollkeramikkrone aus Hartkeramik inkl. Material	89,04
Schubverteilungsarm	54,93
Metallbasis	122,38
Einarmige Klammer, gegossen	11,73
Inlayklammer, gegossen	11,73
Fortlaufende Klammer	11,73
Bonyhardklammer, gegossen	11,73
Kralle	11,73
Ney-Stiel	11,73
Auflage, gegossen	11,73
Zweiarmige Klammer	20,08
Approximalklammer, gegossen	20,08
Ringklammer	20,08
Rücklaufklammer	20,08
Bonyhardklammer/Gegenlager	20,08
Doppelbogenklammer, gegossen	20,08
Zweiarmige Klammer/Auflage, gegossen	29,90
Approximalklammer/Auflage	29,90
Ringklammer/Auflage	29,90
Rücklaufklammer/Auflage	29,90
Bonyhardklammer/Auflage, gegossen	29,90
Überwurfklammer/Auflage	29,90
Bonwillklammer	40,14
Rückenschutzplatte	37,97
Metallzahn	37,97
Metallkauffläche	37,97
Zuschlag einzelne Klammer	20,85
Retention, gegossen	51,54
Gegossenes Basisteil	64,42
Metallverbindung/Wiederherstellung	21,71

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Basis für Vorbissnahme	9,49
Basis für Konstruktionsbiss	9,49
Basis Autopolymerisat/Individueller Löffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Funktionslöffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Bissregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Stützstiftregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Kunststoffbasis für Aufstellg.	19,56
Bisswall	5,54
Lösungsknopf	15,27
Abschlussrand	18,19
Aufstellung Grundeinheit	32,54
Aufstellen Wachs je Zahn	1,82
Aufstellen Metall je Zahn	2,71
Übertragung je Zahn	1,90
Fertigstellung Grundeinheit	45,25
Fertigstellen je Zahn	3,33
Einarmsige Klammer, gebogen	9,48
Inlayklammer, gebogen	10,39
Interdental-Knopfklammer	10,39
Approximalklammer, gebogen	10,39
Auflage, gebogen	10,39
Bonyhardklammer, gebogen	10,39
Zweiarmsige Klammer/Auflage, gebogen	16,44
Bonyhardklammer/Auflage, gebogen	16,44
Überwurflammer	16,44
Doppelbogenklammer, gebogen	16,44
Retention, gebogen	42,04
Weichkunststoff (Zahnersatz)	57,46
Sonderkunststoff	57,46
Zahn/zahnfarben hergestellt	36,05
Zahn/zahnfarben hinterlegt	14,85
Aufbisschiene	115,12
Knirscherschiene	115,12
Bissführungsplatte	115,12
Miniplastchiene	68,33
Retentionsschiene	68,33
Verband-/Verschlussplatte	68,33
Umarbeiten Aufbissbehelf	47,53
Schiene adjustiert je Zahn	11,57
Grundeinheit Instandsetzung Zahnersatz	19,38
Leistungseinheit Sprung	8,56
Leistungseinheit Bruch	8,56
Leistungseinheit Einarbeitung Zahn	8,56
Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	8,56
Leistungseinheit Klammer einarbeiten	8,56
Leistungseinheit Rückenschutzplatte	8,56
Leistungseinheit Kunststoffsaattel	8,56
Teilunterfütterung	41,12
Vollständige Unterfütterung	57,04
Basis erneuern	69,51
Versandkosten	4,05
Verrechnungseinheit NEM I	12,28

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Röntgenkugeln/Bohrhülsen positionieren	3,38
Aufwand bei Suprakonstruktion Implantate	31,56
Verschraubung/Verbolzung Implantate	51,84
Implantataufbau Vollgusskrone	112,70
Implantataufbau Verblendkrone	109,32
Implantataufbau Stegpfosten	85,65
Röntgen/Bohrschablone	21,43

Tarif K: Komfortklasse

1. Selbstbehalt und Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Selbstbehalt (SB) pro Person und Kalenderjahr						
Leistungsstufen	K0	K300	K600	K900	K1200	K1500
SB € für Erwachsene*	0	300	600	900	1.200	1.500
SB € für Kinder/Jugendliche	0	150	300	450	600	750

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nach Tarif K nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an, mit Ausnahme von Leistungen für im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K aufgeführte Maßnahmen.

Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und wird in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährt. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene* pro Kalenderjahr

- 600 Euro in Leistungsstufe K0,
- 300 Euro in Leistungsstufe K300.

Für Kinder und Jugendliche verringert sich die Pauschalerstattung jeweils um die Hälfte der angegebenen Beträge.

Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person

- für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen aus den Leistungsstufen K0 bzw. K300 in Anspruch genommen wurden (hiervon ausgenommen sind die im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K aufgeführten Maßnahmen) und
- die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.

Die Pauschalerstattung wird im 2. Halbjahr des Folgejahres ausbezahlt. Mit der Inanspruchnahme der Pauschalerstattung erlischt jeder Anspruch auf Leistungen aus den Leistungsstufen K0 bzw. K300 für das abgelaufene Kalenderjahr; hiervon ausgenommen sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K aufgeführten Maßnahmen.

Beginnt die Versicherung nach den Leistungsstufen K0 bzw. K300 nicht zum 1. Januar oder sind diese nicht während des gesamten Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht

versicherten Monat des Kalenderjahres. Für Kalendermonate, in denen teilweise oder für den gesamten Monat eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand, wird keine Pauschal-erstattung gewährt.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für ärztliche Leistungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Hierzu gehören auch Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten sowie für Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen. Die erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K zu entnehmen.

Die Erstattung erfolgt zu 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte (Primärärzte) nachgewiesen wird:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt.

Bei Rechnungen von Not- oder Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch oben nicht aufgeführte Ärzte sind gleichfalls zu 100 % erstattungsfähig, wenn der Hausarzt oder ein Facharzt für Kinderheilkunde die Weiterbehandlung veranlasst und dies formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

Sind die vorherig aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt, werden nur 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Mindestsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs K zu entnehmen.

Die Erstattung aller Aufwendungen gemäß 2 b) dieser Tarifbeschreibung erfolgt zu 80 % und ist insgesamt auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Die Leistung erfolgt für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Kalenderjahr zu 80 %, für den 2.500 Euro übersteigenden Teil zu 100 %.

Als Arzneimittel im Sinne des Tarifs gelten nur verschreibungspflichtige Medikamente.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind dem Heilmittelverzeichnis des Tarifs K zu entnehmen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel sind auf funktionale Standardausführungen begrenzt. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem zu erwartenden Rechnungsbetrag

von 500 Euro die schriftliche Erstattungszusage des Versicherers einzuholen.

d) Sehhilfen

Die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erfolgt zu 100 % bis maximal 150 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten.

e) Ambulante Psychotherapie

Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erfolgt zu 80 %. Vor Beginn der Behandlung ist – mit Ausnahme von bis zu fünf probatorischen Sitzungen – eine schriftliche Zusage des Versicherers einzuholen. Andernfalls besteht kein Leistungsanspruch.

Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II (2) 8. der AVB unberührt.

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II (3) der AVB einschließlich Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer werden zu 100 % erstattet. Die Kosten für ärztliche Behandlungen werden bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

Ferner sind erstattungsfähig bis zu 10.000 Euro Aufwendungen, die im Falle des Ablebens des Versicherten während eines Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Punkt 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Rechnungen maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen ärztlichen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ).

a) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen

- 100 % für Zahnbehandlung
- 80 % für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Gemäß § 4 Teil II (4) 2. der AVB gelten als Zahnersatz u.a. Kronen, Teleskopkronen, Onlays und Implantate.

b) Implantate und Teleskopkronen

Aufwendungen für Implantologie sind nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht und dies unter Vorlage eines Heil- und Kostenplans mit aktuellen Röntgenaufnahmen vor Behandlungsbeginn nachgewiesen wird. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Heil- und Kostenplan unter dem Punkt 4 d) dieser Tarifbeschreibung.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate oder Teleskopkronen je Kiefer, einschließlich bereits bestehender Implantate oder Teleskopkronen.

c) Material- und Laborkosten

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Material- und Laborkosten sind dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K für zahntechnische Leistungen zu entnehmen.

d) Heil- und Kostenplan

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe und detaillierter Aufstellung der Material- und Laborkosten des zahntechnischen

Labors vorzulegen, falls implantologische Maßnahmen, Versorgung mit Teleskopkronen oder eine kieferorthopädische Behandlung geplant sind; bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen sowie Inlays ist ebenfalls ein solcher vorzulegen, falls die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.000 Euro übersteigen.

Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden

- bei Implantologie, Teleskopkronen oder kieferorthopädischer Behandlung alle erstattungsfähigen Aufwendungen
- bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen und Inlays die 2.000 Euro übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte des jeweiligen tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.

e) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf

- 1.000 Euro im 1. Jahr
- 2.000 Euro im 2. Jahr
- 3.000 Euro im 3. Jahr
- 4.000 Euro im 4. Jahr
- 5.000 Euro im 5. Jahr

ab dem 6. Jahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Nur bei Versicherungsbeginn zum 1.1. sind obige Zeiträume (von 12 Monaten) mit Kalenderjahren identisch.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1.1.) des 6. Versicherungsjahres* in Tarif K haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentarife des Versicherers ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Versicherung nach Tarif K hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre* bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung bzw. Ruhevereinbarung die Versicherung nach Tarif K nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
- vor Abschluss von Tarif K hat für die versicherte Person, mit Ausnahme von Tarif E, keine andere Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer bestanden;
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif K bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs K) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des 6. Versicherungsjahres* schriftlich beim Versicherer vorliegen.

Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I (6) der AVB mit Gesundheitsprüfung auf die Mehrleistung bleibt unberührt.

* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

6. Einschränkung des Leistungsumfangs gemäß Teil I und II der AVB

Nicht erstattungsfähig nach Tarif K sind Aufwendungen für

- ambulante und stationäre Kuren gemäß § 4 Teil II (2) 9. und § 4 Teil II (3) 8. der AVB,

- Behandlungen (einschließlich Arzneien) bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung,
- Behandlungen (einschließlich Arzneien und Hilfsmittel) zur Erlangung und Stärkung der Potenz,
- brechkraftverändernde Augenoperationen.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs K

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
I. Inhalationen	
1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2 a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3 a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
4 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	6,20
8 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
9 a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten je Teilnehmer	10,80
10 Bewegungsübungen	7,70
11 a) Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €	Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
b) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.) je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80	27 a) Naturmoor-Halbbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50	b) Naturmoor-Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
13 Chirogymnastik – einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,40	28 Sandbäder einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten je Behandlungstag	81,90	a) Teilbad	28,70
15 entfällt		b) Vollbad	32,80
16 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20	29 Sole-Photo-Therapie	
17 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Bestrahlung einschl. Nachfetten) und Licht-Öl-Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
III. Massagen		30 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
18 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perlost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
19 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		b) Sitzbad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
a) Großbehandlung mind. 30 Minuten	19,50	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
b) Ganzbehandlung mind. 45 Minuten	29,20	d) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70	31 Gashaltige Bäder	
20 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mind. 600 l und einer Aggregatleistung von mind. 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmessrichtung einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		b) Gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
21 Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe	10,30	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
22 a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe		d) Radon-Bad einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
■ bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80	e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10
■ bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid			
Teilpackung	20,50		
Großpackung	28,20		
b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90		
c) Kaltpackung (Teilpackung)			
■ Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70		
■ Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40		
d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20		
e) Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	4,60		
f) Trockenpackung	3,10		
23 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10		
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60		
c) Abkatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10		
24 a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30		
b) An- oder absteigendes Vollbad (z.B. Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00		
25 a) Wechsel-Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20		
b) Wechsel-Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30		
26 Bürstenmassagebad einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,00		
		Aufwendungen für andere als die genannten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nummern 30 a) bis c) und 31 b) angegebenen Höchstbeträge um bis zu 3,07 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d) erstattungsfähig.	
		V. Kälte- und Wärmebehandlung	
		32 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
		b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
		33 Eisteilbad	9,80
		34 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
		VI. Elektrotherapie	
		35 Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
		36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
		37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
		38 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
		39 Iontophorese	6,20
		40 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
		41 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
VII. Lichttherapie	
42 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K für zahntechnische Leistungen

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Modell	5,73
Doublieren	15,62
Platzhalter einfügen	15,62
Verwendung von Kunststoff	15,62
Galvanisieren	15,62
Set-up	8,28
Stumpfmodell/Sägmodell	9,06
Stumpfmodell/Einzelstumpfmodell	9,06
Stumpfmodell/Modell nach Überabdruck	9,06
Stumpfmodell/Set-up-Modell	9,06
Stumpfmodell/Fräsmo- dell	9,06
Zahnkranz	4,68
Zahnkranz sockeln	5,34
Modellpaar trimmen	7,95
Fixator	7,55
Mittelwertartikulator	8,13
Modellpaar sockeln	20,35
Übertragungskappe	28,82
Provisorische Krone oder Brückenglied	28,82
Formteil	18,95
Vollkrone Metall	69,25
Krone/Keramikverblendung	69,25
Wurzelstiftkappe	62,03
Teilkrone	69,99
Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	69,99
Krone/Kunststoffverblendung	69,99
Vorbereiten Krone für Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Krone einarbeiten in Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Stiftaufbau in Krone einarbeiten	13,56
Modellation für Stiftaufbau gießen	20,34
Stiftaufbau	46,67
Brückenglied	50,41
Gussinlay, 1 flächig	57,96
Gussinlay, 2 flächig	62,16
Gussinlay, 3 und mehrflächig	71,40
Teleskopierende Krone	210,76
Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	142,63
Steg	134,06

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Steglasche/Stegreiter einarbeiten	48,51
Steggeschiebe individuell	127,44
Individuelles Geschiebe	188,34
Rillen-Schulter-Geschiebe	175,29
Primär-/Sek.-Teil individuelles Geschiebe	127,44
Primär-/Sek.-Teil Ankerband-Klammer	127,44
Primär-/Sek.-Teil Rillen-Schulter-Geschiebe	127,44
Konfektions-Geschiebe einarbeiten	106,09
Konfektions-Gelenk einarbeiten	106,09
Konfektions-Anker einarbeiten	106,09
Konfektions-Riegel einarbeiten	106,09
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Geschiebe einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Gelenk einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Anker einarbeiten	70,73
Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Riegel einarbeiten	70,73
Wiederbefestigen Sek.-Teil individuelle Verbindung	70,73
Friktionsstift einarbeiten	42,34
Federbolzen einarbeiten	42,34
Schraube einarbeiten	42,34
Bolzen einarbeiten	42,34
Gefrästes Lager	54,25
Riegel, individuell	188,34
Riegel, Wiederherstellung	102,77
Umgehungsbügel	11,11
Auswechseln Konfektionsteil	13,61
Reparatur Krone/Brückenglied	33,86
Metallverbindung nach Brand	25,10
Verblendung Kunststoff/ Komposit	57,64
Zahnfleisch Kunststoff/ Komposit	17,02
Verblendung Keramik	79,22
Zahnfleisch Keramik	39,77
Keramik Inlay 1 flächig gepresst inkl. Material	90,72
Keramik Inlay 2 flächig gepresst inkl. Material	104,16
Keramik Inlay 3 flächig gepresst inkl. Material	112,56
Keramik Onlay, Teilkrone gepresst inkl. Material	115,92
Vollkeramikkrone gepresst inkl. Material	111,72
Vollkeramikkrone gepresst zur Verblendung inkl. Material	54,60
Vollkeramikkrone aus Hartkeramik inkl. Material	89,04
Schubverteilungsarm	54,93
Metallbasis	122,38
Einarmige Klammer, gegossen	11,73
Inlayklammer, gegossen	11,73
Fortlaufende Klammer	11,73
Bonyhardklammer, gegossen	11,73
Kralle	11,73
Ney-Stiel	11,73
Auflage, gegossen	11,73
Zweiarmige Klammer	20,08
Approximalklammer, gegossen	20,08
Ringklammer	20,08
Rücklaufklammer	20,08
Bonyhardklammer/Gegenlager	20,08
Doppelbogenklammer, gegossen	20,08
Zweiarmige Klammer/Auflage, gegossen	29,90

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €	Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Approximalklammer/Auflage	29,90	Leistungseinheit Sprung	8,56
Ringklammer/Auflage	29,90	Leistungseinheit Bruch	8,56
Rücklaufklammer/Auflage	29,90	Leistungseinheit Einarbeitung Zahn	8,56
Bonyhardklammer/Auflage, gegossen	29,90	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	8,56
Überwurfklammer/Auflage	29,90	Leistungseinheit Klammer einarbeiten	8,56
Bonwillklammer	40,14	Leistungseinheit Rückenschutzplatte	8,56
Rückenschutzplatte	37,97	Leistungseinheit Kunststoff sattel	8,56
Metallzahn	37,97	Teilunterfütterung	41,12
Metallkaufäche	37,97	Vollständige Unterfütterung	57,04
Zuschlag einzelne Klammer	20,85	Basis erneuern	69,51
Retention, gegossen	51,54		
Gegossenes Basisteil	64,42	Versandkosten	4,05
Metallverbindung/Wiederherstellung	21,71	Verrechnungseinheit NEM I	12,28
Basis für Vorbissnahme	9,49	Röntgenkugeln/Bohrhülsen positionieren	3,38
Basis für Konstruktionsbiss	9,49	Aufwand bei Suprakonstruktion Implantate	31,56
Basis Autopolymerisat/Individueller Löffel	19,56	Verschraubung/Verbolzung Implantate	51,84
Basis Autopolymerisat/Funktionslöffel	19,56	Implantataufbau Vollgusskrone	112,70
Basis Autopolymerisat/Bissregistrierung	19,56	Implantataufbau Verblendkrone	109,32
Basis Autopolymerisat/Stützstiftregistrierung	19,56	Implantataufbau Stegpfosten	85,65
Basis Autopolymerisat/Kunststoffbasis für Aufstellg.	19,56	Röntgen/Bohrschablone	21,43
Bisswall	5,54		
Lösungsknopf	15,27		
Abschlussrand	18,19		
Aufstellung Grundeinheit	32,54		
Aufstellen Wachs je Zahn	1,82		
Aufstellen Metall je Zahn	2,71		
Übertragung je Zahn	1,90		
Fertigstellung Grundeinheit	45,25		
Fertigstellen je Zahn	3,33		
Einarmige Klammer, gebogen	9,48		
Inlayklammer, gebogen	10,39		
Interdental-Knopfklammer	10,39		
Approximalklammer, gebogen	10,39		
Auflage, gebogen	10,39		
Bonyhardklammer, gebogen	10,39		
Zweiarmige Klammer/Auflage, gebogen	16,44		
Bonyhardklammer/Auflage, gebogen	16,44		
Überwurfklammer	16,44		
Doppelbogenklammer, gebogen	16,44		
Retention, gebogen	42,04		
Weichkunststoff (Zahnersatz)	57,46		
Sonderkunststoff	57,46		
Zahn/zahnfarben hergestellt	36,05		
Zahn/zahnfarben hinterlegt	14,85		
Aufbissschiene	115,12		
Knirscherschiene	115,12		
Bissführungsplatte	115,12		
Miniplastschiene	68,33		
Retentionsschiene	68,33		
Verband-/Verschlussplatte	68,33		
Umarbeiten Aufbissbehelf	47,53		
Schiene adjustiert je Zahn	11,57		
Grundeinheit Instandsetzung Zahnersatz	19,38		

Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen des Tarifs K	
1) Vorsorgeuntersuchungen	
Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen wird <i>nicht</i> auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalersatzungen angerechnet.	
Das Verzeichnis enthält alle Vorsorgeuntersuchungen nach derzeit gesetzlich eingeführten Programmen. Vorsorgeuntersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, sind mit * gekennzeichnet. Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, das Verzeichnis mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.	
Hinweis: Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalersatzungen, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23-29 enthalten. Ausnahme: Bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge ist die Angabe der GOÄ-Ziffern 5380 bzw. 410 ausreichend.	
Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von 2 Jahren)	
GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
384	Stempeltest
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562	Bestimmung der Blutfette (Cholesterin)
3563*	HDL-Cholesterin
3564*	LDL-Cholesterin
3565	Triglyzeride
3583	Bestimmung der Harnsäure

**Früherkennung von Nierenerkrankungen
(ab Alter 35, einmal innerhalb von 2 Jahren)**

GOÄ-Ziffern

29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3531	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)
3583	Harnsäure
3585	Kreatinin
410* bzw. 420*	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern

27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851	Zytologische Untersuchung bei Frauen
3501	Blutsenkung
3503-3506	Blutbild
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung ¹⁾
5266*	Mammographie-Screening je Seite, in zwei Ebenen ²⁾
418*	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet ²⁾
420*	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust ²⁾
420*	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite ²⁾

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern

28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
3501	Blutsenkung
3503-3506	Blutbild
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung ¹⁾

Kindervorsorge / Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern

25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung
26	Untersuchung (U1-U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern

23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415*	Ultraschalluntersuchung
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern

**Osteoporose-Vorsorge
(für Frauen ab Alter 50, einmal innerhalb von 2 Jahren)**

GOÄ-Ziffern

5380*	Osteodensitometrie
410*	Ultraschalluntersuchung

2) Schutzimpfungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Schutzimpfungen wird *nicht* auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalersatzungen angerechnet.

Hinweise zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen:

- ¹⁾ Anspruch erst ab Alter 55; insgesamt 2 Darmspiegelungen (2. Darmspiegelung 10 Jahre nach der 1.)
- ²⁾ Anspruch erst ab Alter 30; bis Alter 49 in 3-jährigen Abständen, danach in 2-jährigen Abständen

Die aufgeführten Schutzimpfungen orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO). Bei einer Ausweitung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ist der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, den Umfang der nachfolgenden Liste mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

- Diphtherie
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Grippe
- Haemophilus influenza B – nur für Kinder
- Hepatitis-A – nur für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und med. techn. Angestellte
- Hepatitis-B
- Masern
- Meningokokken – nur für Kinder oder für Personen mit Immundefekten
- Mumps
- Pertussis (Keuchhusten)
- Pneumokokken – nur für Kinder, für Personen ab Alter 60 oder für Personen mit chronischen Erkrankungen
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Röteln
- Tetanie (Wundstarrkrampf)
- Tuberkulose
- Varizellen (Windpocken)
- HPV-Impfung – für Frauen von Alter 12 bis Alter 17

**Tarif 200–209:
Ambulante Heilbehandlung**

Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden nach folgenden Sätzen erstattet:

Leistungsstufen	200	201	203	205	207	208	209
Erstattungsprozentsatz	100	100	100	100	100	100	100
Selbstbehalt €	102	220	330	440	550	770	1.250

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

**Tarif 210–219:
Ambulante Heilbehandlung**

Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	210	219	218	217	216	215	214	213	212	211
Erstattungsprozentsatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20

Die Leistungsstufen 211–219 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Tarif 21P70–21P90: Ambulante Heilbehandlung

Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung und ambulante Kurbehandlung – ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie – werden in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge erstattet; dabei gelten bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 Euro je Person und Kalenderjahr folgende Prozentsätze:

Leistungsstufen	21P90	21P80	21P70
Erstattungsprozentsatz	90	80	70

Für Rechnungsbeträge, die 5.000 Euro im Kalenderjahr übersteigen, betragen die Erstattungsprozentsätze für den übersteigenden Anteil jeweils 100 %.

Daraus ergeben sich die folgenden maximalen Selbstbehalte je Person und Kalenderjahr:

Leistungsstufen	21P90	21P80	21P70
maximaler Selbstbehalt €	500	1.000	1.500

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich die Grenze von 5.000 Euro und damit der maximale Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Tarif 220–229: Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer

Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der ersten bzw. zweiten Pflegeklasse werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erstattungsprozentsatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20
Zusatzleistung bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse										
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	22	19,80	15,40	11	9,90	8,80	7,70	6,60	5,50	4,40
Kinder € je Krankenhaustag	16	14,40	11,20	8	7,20	6,40	5,60	4,80	4	3,20

Wird keine der vorherig genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	105	94,50	73,50	52,50	47,25	42	36,75	31,50	26,25	21
Kinder € je Krankenhaustag	55	49,50	38,50	27,50	24,75	22	19,25	16,50	13,75	11

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet:

Leistungsstufen	220	229	228	227	226	225	224	223	222	221
Erw./Jgdl. €	14	12,60	9,80	7	6,30	5,60	4,90	4,20	3,50	2,80

Die Leistungsstufen 221–227 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten. Als Sonderklasse gilt die erste bzw. zweite Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer als Aufenthalt in der Sonderklasse.

Als Allgemeine Pflegeklasse gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse.

Tarif 230–239: Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse

Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse sowie die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet; bei Aufenthalt in der Sonderklasse sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer stationären Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären.

Es gelten folgende Erstattungssätze in %:

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Allgemeine Pflegeklasse	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20

Wird keine der vorherig genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	55	49,50	38,50	27,50	24,75	22	19,25	16,50	13,75	11
Kinder € je Krankenhaustag	30	27	21	15	13,50	12	10,50	9	7,50	6

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet:

Leistungsstufen	230	239	238	237	236	235	234	233	232	231
Erw./Jgdl. €	10	9	7	5	4,50	4	3,50	3	2,50	2

Die Leistungsstufen 231–237 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Als Allgemeine Pflegeklasse gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse.

Als Sonderklasse gilt die erste bzw. zweite Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer als Aufenthalt in der Sonderklasse.

Tarif 240–249: Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer

Leistungen

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer werden in Prozent der Rechnungsbeträge erstattet. Bei Behandlung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Bei Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erstattungsprozensatz	100	90	70	50	45	40	35	30	25	20
Zusatzleistung für Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer										
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	16	14,40	11,20	8	7,20	6,40	5,60	4,80	4	3,20
Kinder € je Krankenhaustag	12	10,80	8,40	6	5,40	4,80	4,20	3,60	3	2,40

Wird keine der oben genannten Leistungen in Anspruch genommen, erfolgt Zahlung von Krankenhaustagegeld. Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erw./Jgdl. € je Krankenhaustag	85	76,50	59,50	42,50	38,25	34	29,75	25,50	21,25	17
Kinder € je Krankenhaustag	45	40,50	31,50	22,50	20,25	18	15,75	13,50	11,25	9

Die Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden bis zur Dauer von 28 Tagen und bis zu folgenden Beträgen je Tag erstattet:

Leistungsstufen	240	249	248	247	246	245	244	243	242	241
Erw./Jgdl. €	12	10,80	8,40	6	5,40	4,80	4,20	3,60	3	2,40

Die Leistungsstufen 241–247 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Tarif 25: Krankheitskosten- und Beihilfeergänzungsversicherung für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare)

1. Leistungen

1.1 Leistungsstufen 251-100, 252-100, 251 – 256

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung und zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 (2), (3) und (4) der Tarifbedingungen werden in Prozent des Rechnungsbetrages erstattet.

Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	251-100	252-100	251	252	253	254	255	256
Ambulante Heilbehandlung	100	100	50	50	30	30	20	20
Stationäre Heilbehandlung								
Allg. Pflegeklasse	100	100	50	50	30	30	20	20
Wahlarzt	100	--	50	--	30	--	20	--
2-Bettzimmer	100	--	50	--	30	--	20	--
Zahnärztliche Heilbehandlung	100	100	50	50	30	30	20	20

Für Liquidationen durch Belegärzte gelten die aufgeführten Prozentsätze.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung sind mit 2.500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für Kuren, gemäß § 4 (2) 9. und (3) 8. der Tarifbedingungen, sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

Versicherte der Leistungsstufen 251-100, 251, 253, 255 erhalten bei Aufenthalt in der allgemeinen Pflegeklasse zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

in 251-100	Euro 16,00
in 251	Euro 8,00
in 253	Euro 5,00
in 255	Euro 2,00

je Krankenhaustag

Als allgemeine Pflegeklasse gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der allgemeinen Pflegeklasse.

Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden in den Leistungsstufen 251-100, 251, 253 und 255 die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Bei Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer werden in den Leistungsstufen 252-100, 252, 254 und 256 die Kosten erstattet, die in der allgemeinen Pflegeklasse (ohne Wahlleistung) entstanden wären.

1.2 Leistungsstufen 257, 258 und 259

1.2.1 Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und den Leistungsstufen 251-256 (Hauptversicherung) verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen nach § 4 (2), (3) und (4) der Tarifbedingungen, mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung (§ 4 (2) 2. und 9. sowie (3) 3. und 8.).

1.2.2 Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Hauptversicherung geleistet.

1.2.3 In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig. Hierzu zählen auch zusätzliche Kosten für die Unterbringung im Einbettzimmer.

1.2.4 Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 (4) der Tarifbedingungen gilt ein Höchstbetrag von 2.500 Euro je Versicherungsjahr.

1.2.5 Bei der Kostenerstattung werden die Leistungsstufen der Hauptversicherung zugrunde gelegt, deren Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 % betragen. Leistungsanspruch aus dem vorliegenden Tarif besteht immer dann, wenn auch aus den Tarifen der Hauptversicherung und nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften eine Leistung vorgesehen ist. Zusätzlich erfolgt auch ohne diese Voraussetzung eine Leistungserstattung nach den unter 1.2.6 a) – d) aufgeführten Punkten.

1.2.6 Für die folgenden Punkte a) – d) besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Hauptversicherung und/oder die Beihilfevorschriften keine Kostenerstattung zulassen:

- Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 (2) 5. der Tarifbedingungen.
- Bei Versorgung mit Zahnersatz (z.B. große Brücken).
- Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
- Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfer-

nung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

2. Versicherungsfähigkeit

2.1 Versicherungsfähig sind Personen während ihrer Ausbildung als Beamte (Anwärter und Referendare), längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres und für die Dauer von höchstens 5 Jahren. Außerdem sind mitversicherungsfähig die nicht berufstätigen Ehegatten bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres und ihre Kinder, sofern sie in häuslicher Gemeinschaft leben; Kinder längstens bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.

2.2 Ergänzend zu Punkt 2.1 sind Personen, bei denen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung Arbeitslosigkeit eintritt und kein Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht, in den Leistungsstufen 251-100 bzw. 252-100 versicherungsfähig. Ausgehend vom bestehenden Versicherungsschutz nach Leistungsstufe 251, 253 oder 255 bzw. 252, 254 oder 256 kann im unmittelbaren Anschluss die Leistungsstufe 251-100 bzw. 252-100 abgeschlossen werden. Die Versicherungsdauer beträgt (im Rahmen der Begrenzungen gemäß Punkt 2.1) maximal weitere 12 Monate. Punkt 2.2 gilt für versicherungsfähige Ehegatten und Kinder sinngemäß.

2.3 Die Leistungsstufen 257, 258 und 259 können nur in Kombination mit einer der Leistungsstufen 251 bis 256 (Hauptversicherung) abgeschlossen werden. Dabei kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung von

- 50 % die Leistungsstufe 257
- 70 % die Leistungsstufe 258
- 80 % die Leistungsstufe 259 abgeschlossen werden.

Folgende Kombinationen sind versicherbar:

251+257, 253+ 258, 255+259 sowie
252+257, 254+ 258, 256+259

In Kombination mit den Stufen 252, 254 und 256 besteht Anspruch auf Erstattung von Kosten für Wahlleistungen im stationären Bereich nur in Verbindung mit Tarif 26 (Wahlleistungstarif für stationäre Heilbehandlung).

Endet die Versicherung nach einem Tarif der Hauptversicherung oder wird die Leistungsstufe 251-100 bzw. 252-100 abgeschlossen, so endet die Versicherung für die Leistungsstufen 257, 258 und 259.

2.4 Die Leistungsstufen 255, 256 und 259 sind nur für Kinder vorgesehen.

3. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 Teil I der AVB gelten als erfüllt.

4. Ende der Versicherung

4.1 Bei Wegfall der Voraussetzungen gemäß Punkt 2 „Versicherungsfähigkeit“ endet die Versicherung nach Tarif 25 zum Ende des Monats, in dem eine der dort genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt.

4.2 Die Fortsetzung der Versicherung nach anderen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers unter Anrechnung der zurückgelegten Versicherungszeit auf die Wartezeiten der anderen Tarife, sowie unter Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung,

kann innerhalb von sechs Monaten rückwirkend zum Ende der Versicherung nach Tarif 25 schriftlich beantragt werden. Der Beitrag für die anderen Tarife errechnet sich nach dem dann erreichten Alter.

4.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung oder Unterbrechung der Ausbildung bzw. den Beginn und das Ende der Arbeitslosigkeit innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen. Unterbleibt diese Anzeige, leistet der Versicherer auch für laufende Versicherungsfälle nur bis zum Zeitpunkt der Beendigung oder Unterbrechung der Ausbildung bzw. bis zum Ende der Arbeitslosigkeit.

Tarif 271-277:

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Nach diesem Tarif können nur Personen mit Beihilfeanspruch versichert werden.

1. Der Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif 21 (ambulante Heilbehandlung), einer der Tarife 22, 24 oder 23 (stationäre Heilbehandlung) und der Tarif 52 (zahnärztliche Heilbehandlung) abgeschlossen werden oder bereits bestehen (Grundabsicherung). In Kombination mit Tarif 23 besteht Anspruch auf Erstattung von Kosten für Wahlleistungen im stationären Bereich nur in Verbindung mit Tarif 26 (Wahlleistungstarif für stationäre Heilbehandlung).

Endet die Versicherung nach einem der Tarife der Grundabsicherung, so endet die Versicherung auch nach Tarif 27.

1.1 Abgeschlossen werden kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Aufwendungen von

- 80 % die Tarifstufe 271
- 75 % die Tarifstufe 272
- 70 % die Tarifstufe 273
- 65 % die Tarifstufe 274
- 60 % die Tarifstufe 275
- 55 % die Tarifstufe 276
- 50 % die Tarifstufe 277.

2. Bei der Kostenerstattung werden die Leistungsstufen der Grundabsicherung zu Grunde gelegt, deren Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 % betragen. Leistungsanspruch aus dem vorliegenden Tarif besteht immer dann, wenn auch aus den Tarifen der Grundabsicherung und nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften eine Leistung vorgesehen ist. Zusätzlich erfolgt auch ohne diese Voraussetzung eine Leistungserstattung nach den unter 2.5 aufgeführten Punkten.

2.1 Erstattet werden zu 100 % die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen nach § 4 Abs. 2, 3 und 4 der Tarifbedingungen, mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung (§ 4 Abs. 2.2. und 9. sowie 3.3. und 8. der Tarifbedingungen).

2.2 Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Grundabsicherung geleistet.

2.3 In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.

2.4 Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gem. § 4 Abs. 4 der Tarifbedingungen gelten folgende Höchstbeträge:

- 1.025 Euro im 1. Jahr
- 2.050 Euro im 2. Jahr
- ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

- 2.5 Für die folgenden Punkte besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfevorschriften keine Kostenerstattung zulassen:
- 2.5.1 Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 Abs. 2 5. der Tarifbedingungen.
- 2.5.2 Bei Versorgung mit Zahnersatz (z.B. große Brücken).
- 2.5.3 Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
- 2.5.4 Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Tarif 261, 262: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben, sowie Beihilfeberechtigten, deren beihilfefähige Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

Leistungen

Nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger werden in der Tarifstufe

- 261** für Krankenhausleistungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß § 7 BpflV), für Krankenhausleistungen, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten (einschließlich Arztkosten) im Ein- oder Zweibettzimmer (I. oder II. Pflegeklasse) zu 100 % erstattet.
- 262** für Krankenhausleistungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß § 7 BpflV), für Krankenhausleistungen, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten (einschließlich Arztkosten) im Zweibettzimmer (II. Pflegeklasse) zu 100 % erstattet.
Wird in der Tarifstufe 262 die Wahlleistung der Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Bei einer ambulanten Operation in einem nach den MB/KK anerkannten Krankenhaus, die eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 % ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operatio-

nen durch Ärzte, die am Krankenhaus angestellt sind, sowie durch Belegärzte. Eine Vorleistung der GKV wird in Abzug gebracht.

Ferner werden in beiden Tarifstufen die nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden Kosten einer im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführten ambulanten Vor- oder Nachbehandlung im Krankenhaus zu 100 % erstattet.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt.

Im Einzelnen gilt:

Leistungsstufen	261	262
Krankenhaustagegeld bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) €	26	16
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung €	16	16
bei Verzicht auf sämtliche tariflichen Leistungen €	42	32

Kinder erhalten in Tarifstufe 262 jeweils die Hälfte, in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaustagegeld-Sätze.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Heilfürsorge oder Beihilfe besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Lehnt die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer Kostenträger die Leistungen ab, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.

Tarif 281-283: Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

Nach diesen Tarifen können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Leistungen

Tarifstufen 281 und 282

1. Zahnersatz (nur Tarifstufe 281)

Erstattet werden 20 % der Aufwendungen für die im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Kronen (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung). Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden. Lediglich im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 205 Euro und im 2. Jahr auf 410 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

- 2. Sehhilfen**
Erstattung von 80 % der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 155 Euro pro Versicherungsjahr. Erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.
- 3. Heilmittel**
Die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten (Zuzahlung) werden, soweit sie unter § 4 Teil II Abs. 2 4. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, zu 100 % erstattet.
- 4. Behandlungen durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses sowie für die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel zu 50 % des Rechnungsbetrages, jedoch höchstens 260 Euro pro Versicherungsjahr. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.
- 5. Leistungen bei Auslandsreisen**
Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.
- 5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten**
- für ärztliche Heilbehandlung;
 - für Arznei-, Heil- und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
 - für Röntgendiagnostik;
 - für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt;
 - für den Transport zur stationären Behandlung in das nächstreichbare, geeignete Krankenhaus;
 - die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn auf Grund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßige Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
 - die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.
- 5.2 Keine Leistungspflicht besteht**
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruches sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist;
 - für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer regelmäßigen Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
 - für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.
- Kostenersatz im Sinne von 5.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- 5.3** Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 %.
- 5.4** Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus längstens um drei Monate.
- 5.5** In Abweichung von § 6 Teil I Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Abs. 2 und 3 entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Abs. 3 gilt nicht für Auslandsreisen.
- 5.6** Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- 6. Auszahlungen der Versicherungsleistungen**
Der Versicherer ist zur Leistung bezüglich der Punkte 1. und 3. nur verpflichtet, wenn eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.
- Tarifstufe 283**
Eine Versicherung nach der Tarifstufe 283 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.
- Erstattet werden 50 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie*) gemäß § 4 Teil II Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.
- * Kieferorthopädie
Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus Tarif 283. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit dem tariflichen Satz erstattet.
- Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die

medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Lediglich im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 310 Euro und im 2. Jahr auf 620 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

Tarifstufen 281 – 283

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Tarif Z100, Z70: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Abweichend von § 1 Teil II (4) der AVB können die Tarife selbstständig abgeschlossen werden.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der AVB.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden. Demnach sind privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendigen Maßnahmen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

a) Tarifliche Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Tarif Z100/Z70 + GKV) in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gemäß nachfolgender Tabelle. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, wird somit diese Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Z100/Z70 erbracht.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

Gesamtleistung (inkl. GKV)		Leistungsbereiche
Tarif Z100	Tarif Z70	
100 %	–	Zahnbehandlung (ausgenommen Inlays)
100 %	70 %	Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung)
80 %	70 %	Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige bzw. von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)
80 %	70 %	Inlay
80 %	70 %	Kieferorthopädie*, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht

* Kieferorthopädie
Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus den Tarifen Z100 oder Z70. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den tariflichen Sätzen erstattet.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandler. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Z100	Z70
im 1. Jahr	500 €	400 €
im 2. Jahr	1.000 €	800 €
ab dem 3. Jahr unbegrenzt,		

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Z100/Z70 gerechnet.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif Z90Bonus: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif Z90Bonus ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Die Versicherung nach Tarif Z90Bonus wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandler über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die gesetzliche Krankenkasse abrechnet.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

a) Tarifliche Leistung

Für erstattungsfähige Rechnungsbeträge leistet der Tarif wie folgt:

- 100 % für **professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht und die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Erstattungsfähig sind diese Maßnahmen insgesamt bis zu zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis zu 60 Euro. Beginnt die Versicherung nach Tarif Z90Bonus erst nach dem 30.6. eines Jahres, sind diese Maßnahmen im ersten Kalenderjahr nur einmal erstattungsfähig.

Als professionelle Zahnreinigung gelten das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen sowie die in diesem Zusammenhang durchgeführten weiteren zahnprophylaktischen Leistungen, nämlich das Erstellen eines Mundhygienestatus, die Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, die Beseitigung von Verfärbungen, die lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnschmelze und die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen;

- 90 % für **Zahnbehandlung**, wobei auch Anspruch auf hochwertige Füllungen besteht. Aufwendungen für Inlays und professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen sind hierunter nicht erfasst und an ande-

rer Stelle geregelt. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Ist es möglich, die Behandlung als Ganzes über die GKV abzuwickeln, so wird weder ersatzweise noch zusätzlich eine private Rechnung akzeptiert;

- 90 % für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung). Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

- 80 % für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung), sowie 80 % für **Inlays**.

Kann der Versicherte z. B. durch ein Bonusheft oder einen von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplan für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 90 %.

Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

- 80 % für **Kieferorthopädie**, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;

- 80 % für **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (so genannte **Mehrleistungen**), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Einstufung in KIG 3, 4 oder 5* erbracht werden, wenn für diese Mehrleistungen kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Für diese Mehrleistungen ist die **tarifliche Gesamterstattung während der gesamten Vertragslaufzeit** des Tarifs auf 1.000 Euro begrenzt.

* Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandler. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Z90Bonus
im 1. Jahr	1.000 €
in den ersten 2 Jahren insgesamt	2.000 €
in den ersten 3 Jahren insgesamt	3.000 €
in den ersten 4 Jahren insgesamt	4.000 €
in den ersten 5 Jahren insgesamt	5.000 €
ab dem 6. Jahr unbegrenzt,	

jeweils ab Versicherungsbeginn nach Tarif Z90Bonus gerechnet. Unter einem Jahr ab Versicherungsbeginn wird somit ein Zeitraum von 12 Monaten verstanden.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II (4) der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 8a Teil I (2) der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II (1) 2. der AVB zahlen Erwachsene ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 36., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, den ihrem tariflichen Lebensalter entsprechenden Neuzugangsbeitrag. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif Z50/90:

Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach Tarif Z50/90 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Abweichend von § 1 Teil II (4) der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Leistungen

Erstattet werden 50 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie*) gemäß § 4 Teil II Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

* Kieferorthopädie

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt keine Leistung aus Tarif Z50/90. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufungen in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit dem tariflichen Satz erstattet.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die

medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Lediglich im 1. Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 310 Euro und im 2. Jahr auf 620 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Tarif 482:

Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

Erstattet werden 100 % der im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen

Erstattung von 100 % der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 175 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

3. Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig zu 60 % des Rechnungsbetrages sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt pro Person und Kalenderjahr für versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, 50 Euro und für alle übrigen versicherten Personen 25 Euro.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Der Selbstbehalt fällt grundsätzlich bei allen Leistungen an. Er bezieht sich jedoch nicht auf Leistungen gemäß Punkt 5. (Auslandsreise).

5. Leistungen bei Auslandsreise

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

a) für ärztliche Heilbehandlung;

- b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
 - d) für Röntgendiagnostik;
 - e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt;
 - f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächstreichbare, geeignete Krankenhaus;
 - g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßige Entfernungen bis 500 km. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
 - h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.
- 5.2 Keine Leistungspflicht besteht
- a) Für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruches sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist;
 - c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
 - e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.
- Kostenersatz im Sinne von 5.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- 5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 %.
- 5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus längstens um drei Monate.
- 5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen.

Abweichend von § 3 Teil I Abs. 2 und 3 entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Abs. 3 gilt nicht für Auslandsreisen.

- 5.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann – bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung hinsichtlich der betroffenen Person – beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 482 ohne Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht gilt nur innerhalb der ersten 10 Kalenderjahre nach Vertragsabschluss des Tarifs 482.

Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die im Tarif 482 ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten angerechnet.

2. Umfang der Option

Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks kann die Umstellung folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskostenvollversicherung für
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
 - Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag
 der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung.
- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Tarif 483: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

Erstattet werden 100 % der im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen und Operation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattung von 100 % der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen)

- für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) bis zu 330 Euro; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten,
- für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) bis zu 165 Euro pro Kalenderjahr; erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

Nach Ablauf von mindestens 36 Monaten seit Beginn der Versicherung nach Tarif 483 besteht ferner während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattung der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für eine brechkraftverändernde Augenoperation (auch Laseroperation) bis zu 1.000 Euro.

Die Frist von 36 Monaten bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach Tarif 483; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung oder einer Ruhevereinbarung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt.

3. Naturheilverfahren bei Heilpraktikern und Ärzten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie die Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ferner sind erstattungsfähig die vom jeweiligen Behandler im Rahmen dieser Behandlungen verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

Die Einschränkung der Methoden und Arzneimittel nach § 4 Teil I Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) findet insoweit keine Anwendung.

Die Erstattung nach Ziffer 3. erfolgt zu 90 % des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstrechnungsbetrag von insgesamt 2.500 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

4. Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

5. Leistungen bei Auslandsreisen

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 56 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der

Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

- a) für ärztliche Heilbehandlung;
- b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel auf Grund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
- f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
- g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 km. Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde und der Versicherer vor dem Rücktransport um die Organisation der Durchführung ersucht worden ist. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5.2 Keine Leistungspflicht besteht

- a) Für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruches sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen unvorhergesehen während der Reise auftretenden Schwangerschaftserkrankungen, Frühgeburten, Fehlgeburten oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen geleistet, oder wenn unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist; Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge des vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
- e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostensersatz im Sinne von 5.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

- 5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 %.
- 5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens nach einer Verweildauer von acht Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
- 5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Abs. 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Abs. 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Abs. 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.
- 5.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- 6. Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen**
Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und beträgt für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) 50 Euro pro Kalenderjahr, für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) 25 Euro pro Kalenderjahr. Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden und die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.
Die Pauschalerstattung wird im 2. Halbjahr des Folgejahres ausbezahlt. Mit der Inanspruchnahme der Pauschalerstattung erlischt jeder Anspruch auf Leistungen für das abgelaufene Kalenderjahr.
Ist der Tarif nicht während des gesamten Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Für Kalendermonate, in denen teilweise oder für den gesamten Monat eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand, wird keine Pauschalerstattung gewährt.

Allgemeines

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, ist sie bei Behandlern mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

Anpassung des Versicherungsschutzes:

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann – bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person – beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 483 ohne Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht.

Das Optionsrecht kann für die betroffene versicherte Person dabei jeweils ausgeübt werden

- innerhalb der ersten 10 Kalenderjahre seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung; falls zu diesem Zeitpunkt die Mindestbindungsfrist an die gesetzliche Krankenkasse nach § 53 Abs. 8 SGB V wegen eines versicherten GKV-Wahltarifs noch nicht abgelaufen ist, verschiebt sich der Zeitpunkt zur Ausübung des Optionsrechts auf den Ablauf dieser Mindestbindungsfrist,
- nach Ablauf von 36 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif 483 freiwillig in der GKV versichert war,
- nach Ablauf von 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif 483 freiwillig in der GKV versichert war.

Das Ende der Pflichtversicherung in der GKV und ggf. der Mindestbindungsfrist in der GKV oder die Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist mit der Beantragung der Optionsausübung anzuzeigen und nachzuweisen.

Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt einer der genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Veränderung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an diesen Termin (Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung bzw. Ende der Mindestbindungsfrist oder Ablauf des Kalendermonats nach 36 bzw. 60 Monaten Versicherungsdauer) wirksam. Die im Tarif 483 ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeiten werden – mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung – auf die Wartezeiten angerechnet.

2. Umfang der Option

Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks kann die Umstellung folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskostenvollversicherung für
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
 - Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tagder Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung.
- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Die Vorversicherungszeiten aus Tarif 483 werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

Tarif V100: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben und kein Kostenerstattungsprinzip gewählt haben.

Leistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden 100 % der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten.

Die erstattungsfähigen Maßnahmen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100 zu entnehmen.

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.

2. Schutzimpfungen

Erstattet werden 100 % der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für

- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO),
- unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO vorgenommene Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

Die Erstattung für Schutzimpfungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 200 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem die Vorsorgeuntersuchung oder Schutzimpfung erfolgte bzw. die Impfstoffe bezogen wurden.

Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, ist sie bei Behandlern mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Anpassung des Versicherungsschutzes:

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme für Vorsorgeuntersuchungen ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Abs. 1 der AVB berechtigt, das tarifliche Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den

veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100

Kinder-Jugendlichen-Vorsorge:

U6a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15. – 18. Lebensmonat

U9a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr

U9b: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr

J2: Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14. – 16. Lebensjahr

Schielvorsorge: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter

Augen-Check: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7. – 15. Lebensjahr

Audio-Check: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7. – 15. Lebensjahr

Schwangerschaftsvorsorge:

Zusätzliche Sonographie, einmalig pro Schwangerschaft
Triple-Test zur Risikoeinschätzung des Down-Syndroms

Allgemeine Check-Ups:

Großer Gesundheitscheck

Sonographie-Check der inneren Organe

Lungen-Check

Hirnleistungs-Check

Osteoporose-Vorsorge

Schilddrüsen-Vorsorge

Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars

Schlaganfall-Vorsorge

Helicobacter-Pylori-Test zur Früherkennung von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts

Hauttyp-Bestimmung

HIV-Test

Krebsvorsorge:

Große Krebsvorsorge bei Frauen

Große Krebsvorsorge bei Männern

Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)

Sonographie der Brust

PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms

Hautkrebs-Screening

Darmkrebsvorsorge (Stuhlbluttest oder Darmspiegelung)

Tarif FlexiPro: Optionstarif

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, für die gleichzeitig bei der ARAG Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wird oder bereits besteht, sowie Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

1. Option für in der Krankheitskostenvollversicherung versicherte Personen

- 1.1 Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, die Krankheitskostenvollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Tarife der Krankheitskostenvollversicherung

zung mit höherwertigem Leistungsversprechen umzustellen, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts Versicherungsfähigkeit für diese Tarife (Zieltarife) besteht. Die Regelungen unter Ziffer 3. (Erschwernisse) bleiben hiervon unberührt.

- 1.2 Das Optionsrecht kann zum 01.01. eines Jahres ausgeübt werden.
- 1.3 Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung vor dem 01.01. des Umstellungsjahres schriftlich beim Versicherer beantragt werden. Die Umstellung wird dann zum nächsten 01.01. wirksam.

Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten der Zieltarife angerechnet.

- 1.4 Die Versicherung nach Tarif FlexiPro endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Mit Ende der Versicherung nach Tarif FlexiPro erlöschen alle aus diesem Tarif erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge für abgelaufene Versicherungszeiten ist ausgeschlossen.

2. Option für in der GKV versicherte Personen

- 2.1 Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, die Versicherung nach Tarif FlexiPro ohne erneute Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts Versicherungsfähigkeit für diese Tarife (Zieltarife) besteht. Die Regelungen unter Ziffer 3. (Erschwernisse) bleiben hiervon unberührt. Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks können die Zieltarife dabei folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskostenvollversicherung für
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
 - Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Tagegeldhöhe darf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen zzgl. der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung nicht übersteigen.

- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Zieltarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

- 2.2 Das Optionsrecht kann für die betroffene versicherte Person dabei ausgeübt werden
 - bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
 - nach Ablauf von 36 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern

die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, oder

- nach Ablauf von 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war.

Für versicherte Personen, die durch Geburt oder Adoption Versicherungsschutz im Tarif FlexiPro erlangen, kann das Optionsrecht nur zusammen mit mindestens einem Elternteil ausgeübt werden. Die zuvor dargestellten Zeitpunkte gelten für diese mitversicherten Personen insofern nicht.

Das Ende der Pflichtversicherung in der GKV oder die Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist mit der Beantragung der Optionsausübung anzuzeigen und nachzuweisen.

- 2.3 Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung

- innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung, bzw.
- vor dem Ablauf von 36 bzw. 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war,

beim Versicherer schriftlich beantragt werden. Die Umstellung wird dann im unmittelbaren Anschluss an diesen Termin (Ausscheiden aus der GKV bzw. Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung oder Ablauf des Kalendermonats nach 36 bzw. 60 Monaten Versicherungsdauer) wirksam.

Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten der Zieltarife – mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung – angerechnet.

- 2.4 Die Versicherung nach Tarif FlexiPro endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 15. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Mit Ende der Versicherung nach Tarif FlexiPro erlöschen alle aus diesem Tarif erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge für abgelaufene Versicherungszeiten ist ausgeschlossen.

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung nach Tarif FlexiPro für die betroffene versicherte Person schriftlich kündigen,

- sofern das Optionsrecht nicht wahrgenommen wird, zum Zeitpunkt des Wegfalls der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt dieser Veränderung;
- sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des 60. Monats seit Versicherungsbeginn;
- sofern die versicherte Person durch Geburt oder Adoption Versicherungsschutz im Tarif FlexiPro erlangt hat, zu dem Zeitpunkt, ab dem für keinen Elternteil mehr eine Versicherung nach Tarif FlexiPro besteht, innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt dieser Veränderung.

In diesem Fall ist vom Versicherungsnehmer eine entsprechende Erklärung unter Beifügung geeigneter Nachweise (z. B. Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV) beim Versicherer einzureichen.

Kündigungsmöglichkeiten und Beendigungsgründe nach den §§ 13 bis 15 der AVB bleiben hiervon unberührt.

3. Erschwernisse

Liegt bei Abschluss des Tarifs FlexiPro ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die jedoch erst bei Wahrnehmung der Option in den Zieltarifen wirksam werden.

Während der Versicherung nach Tarif FlexiPro neu auftretende Erkrankungen, Unfallfolgen, Entbindungen bzw. Schwangerschaften sind ohne Einschränkung im Umfang des Leistungsversprechens der Zieltarife versichert.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

Abweichend von § 8a Teil I (2) der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet. Somit errechnet sich der Beitrag für den Zieltarif nach dem zum Umstellungszeitpunkt gültigen Eintrittsalter.

Die Regelungen der AVB zur Beitragsanpassung (§ 8b) finden für diesen Tarif keine Anwendung.

Tarif 31–39: Krankentagegeld-Versicherungen

Versicherungsfähig nach Tarif 33 sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige gemäß § 1 Teil II Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausüben und einer der folgenden Berufsgruppen angehören:

- Selbstständiges Handwerk
- Freie Berufe gemäß § 18 Abs. 1 Ziffer 1 Einkommensteuergesetz (EStG)

Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist			
bei Tarif 31	der	8. Tag	(7 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 33	der	11. Tag	(10 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 32	der	15. Tag	(14 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 36	der	22. Tag	(21 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 34	der	29. Tag	(28 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 37	der	43. Tag	(42 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 38	der	92. Tag	(91 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 39	der	183. Tag	(182 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 35	der	365. Tag	(364 Tage Karenzzeit)
der Arbeitsunfähigkeit.			

Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wird im Tarif 33 spätestens ab dem 6. Tag des Krankenhausaufenthalts geleistet.

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

Tarif 520–529: Zahnkosten-Versicherung

Leistungen

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden in Prozent der Rechnungsbeträge wie folgt erstattet:

Tarif	529*	520*	528	527	526	525	524	523	522	521
Erstattungsprozent	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20

- * 100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlung gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 80 % (Stufe 529) bzw.
 60 % (Stufe 520) Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten folgende Höchstbeträge:

- 1.025 Euro im 1. Jahr
- 2.050 Euro im 2. Jahr
- ab dem 3. Jahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Die Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Tarif 540–549: Zahnkosten-Versicherung

Leistungen

- Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden in Prozent der Rechnungsbeträge wie folgt erstattet:

Tarif	549*	540*	548	547	546	545	544	543	542	541
Erstattungsprozent	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20

- * 100 % Kostenerstattung für Zahnbehandlung gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 80 % (Stufe 549) bzw.
 60 % (Stufe 540) Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- Zahnbehandlung** gem. § 4 Teil II Abs. 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten **keine Höchstbeträge**.

- Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung** gem. § 4 Teil II Abs. 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten folgende Höchstbeträge:

im 1. Jahr	1.025 €	im 6. Jahr	6.150 €
im 2. Jahr	2.050 €	im 7. Jahr	7.175 €
im 3. Jahr	3.075 €	im 8. Jahr	8.200 €
im 4. Jahr	4.100 €	im 9. Jahr	9.225 €
im 5. Jahr	5.125 €	ab 10. Jahr	unbegrenzt,
jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.			

Die Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Tarif 68: Pflegekosten-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Es gelten folgende Tarifstufen:

Tarifstufe	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680
Erstattungsprozent	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200

Leistungen

1. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung bei Aufwendungen für die Leistungsarten

- häusliche Pflege
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- zusätzliche Betreuungsleistungen

wird je Leistungsart und Kalendermonat entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht. Der gesamte Leistungsbetrag einschließlich der Leistungen der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung ist auf 100 % der erstattungsfähigen Kosten begrenzt. Bei stationärer Pflege zählen zu den erstattungsfähigen Kosten auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

2. Pflegegeld

Erhält der Versicherte durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung ein Pflegegeld, so wird dieser Betrag entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 % bis 200 % erhöht.

Erfolgt keine Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegekostentarif noch Wartezeiten bestehen. In diesen Fällen wird eine Vorleistung in dem Umfang angerechnet, auf den bei Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Anspruch bestehen würde.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Leistungen, die eine nicht beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigte Person bei gleicher versicherter Tarifstufe erhalten würde.

Zum Nachweis der Vorleistung durch die Pflege-Pflichtversicherung, die Heilfürsorge oder Beihilfe sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Belege müssen ausreichend spezifiziert sein, sie sollen insbesondere den Leistungsbetrag, Art und Datum der Leistung enthalten.

Tarif 69: Pflegetagegeld-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind. Der Pflegetagegeld-Tarif kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Leistungen

Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der notwendigen vollstationären Pflege unabhängig von der Pflegestufe gezahlt. Wird vollstationäre Pflege gewählt, obwohl diese nicht notwendig ist, werden in Pflegestufe III 100 %, in Pflegestufe II und I 50 % des versicherten Tagegeldes gezahlt. Ein Anspruch entsteht jedoch frühestens nach Ablauf der Wartezeit und nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Voraussetzung ist, dass eine Leistung der Pflege-Pflichtversicherung erfolgt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegetagegeld-Tarif noch Wartezeiten bestehen, aber alle sonstigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt wären.

Die vollstationäre Pflege muss dem Versicherten durch Vorlage des Einstufungsbescheides der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherten beauftragten ärztlichen Dienstes nachgewiesen werden. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich dem Versicherten anzuzeigen.

Leistungsanpassung

Der Versicherte ermittelt spätestens alle drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für die vollstationäre Pflege. Bei einem Anstieg von mindestens 10 % gegenüber den der letzten Leistungsanpassung zu Grunde liegenden Durchschnittskosten wird das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend angepasst, sofern die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestand eine Versicherung nach Tarif 69 und in dieser Zeit hat sich die vereinbarte Tarifstufe nicht geändert.
- b) Das hinzu kommende Pflegetagegeld wird auf volle 1 Euro aufgerundet.

Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Der für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif 69 vereinbarte Beitragszuschlag und sonstige vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzu kommende Pflegetagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet.

Die Ermittlung der Kostensteigerung und die Festlegung der Höherstufung erfolgt nach einem in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren und mit Zustimmung des Treuhänders.

Das hinzu kommende Pflegetagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich abgelehnt hat.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Tarif PVN, PVB: Pflege-Pflichtversicherung

Für die Pflege-Pflichtversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (Bedingungsteil MB/PPV 2012 und Tarif PV).



Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärungen

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist außerdem die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Vertragsverhältnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vorne herein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (Vgl. dazu Ziffer II.).

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese Daten dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben (Vgl. dazu Ziffer III.).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später ein Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise verweigert werden, kann dies dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden:

1. a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
b) zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch der risikorelevanten Daten mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung angegeben habe;
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur ARAG Gruppe gehörenden Unternehmen (die im Internet unter www.ARAG.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (Beispiele: richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie z. B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummern, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der ARAG Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt (z.B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleistungsgesellschaften werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die beauftragten Dienstleistungsgesellschaften sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
7. zur Überprüfung im Bereich der Zusatzkrankenversicherung, ob ich bei dem Kooperationspartner der ARAG Krankenversicherungs-AG, der im jeweiligen Einzelfall genannten gesetzlichen Krankenkasse, krankenversichert bin;
8. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch:
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der ARAG Gruppe und den für mich zuständigen Vermittler;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.ARAG.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); soweit aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften/Vereinen Vorteilsbedingungen gewährt werden, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft besteht, mit den Gewerkschaften/Vereinen einen Datenabgleich vornimmt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

1.1 Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort im nachgefragten Zeitraum vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die ARAG Krankenversicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Gebe ich die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung (Ziffer III 1.1) nicht ab, wünsche ich, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

1.2 Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die ARAG Krankenversicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Gebe ich die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung (Ziffer III 1.2) nicht ab, wünsche ich, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Leistungsprüfung nicht durchführen lässt.

1.3 Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die ARAG Krankenversicherungs-AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 8 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6 keine Gesundheitsdaten weitergeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 8.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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.

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.

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, Geschlecht 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 Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. 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 ggf. gesondert über diese Regelungen.



Erläuterungen zum Versicherungsschutz

nach den Vollkosten- und Beihilfetarifen der Tariflinien Komfort- oder PremiumKlasse

KomfortKlasse: Tarif K mit den Selbstbehaltstufen K0 bis K1500

PremiumKlasse: Tarife 200–209, 210–219, 21P70–21P90, 220–229, 230–239, 240–249, 520–529 und 540–549 sowie Beihilfetarife 261–262 und 271–277

Informationen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für ausgewählte Themenbereiche, zu denen wir häufig von unseren vollversicherten Kunden gefragt werden

1. Werden Honorare für ärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen erstattet?

In der *KomfortKlasse* werden ärztliche Behandlungen bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung erstattet, im stationären Leistungsbereich bei einer wirksamen Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze hinaus.

In der *PremiumKlasse* werden ärztliche Behandlungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich bei einer wirksamen Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus erstattet.

2. Gibt es Erleichterungen bei der Anwendung des Primärarztprinzips bei ärztlichen Behandlungen?

Ein wesentliches Element der Kostensenkung in den Tarifen der *KomfortKlasse* ist das Primärarztprinzip. Zum Vorteil unserer Versicherten gilt dieses bei der ARAG dabei nur für die betreffende Rechnung und nicht für die gesamte Diagnose: Bei fortdauernder Behandlung kann die Überweisung des Haus- oder Kinderarztes demnach nachgereicht werden; künftige Behandlungen können dann zu 100 % erstattet werden.

Bei Auslandsreisen verzichtet die ARAG darüber hinaus auf die Einhaltung des Primärarztprinzips, da die Reisenden einen Facharzt im Ausland oftmals nicht von einem Hausarzt unterscheiden können.

3. Welche Aufwendungen werden bei Heilpraktikerbehandlungen erstattet?

Leistungen für Heilpraktikerbehandlung werden in beiden Tariflinien erbracht. Die Versicherten können frei unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes wählen. Die ARAG erstattet auch unbezahlte Rechnungen. In der *PremiumKlasse* werden Behandlungen dabei bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet, sowie die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

In den Tarifen der *KomfortKlasse* sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Mindestsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig, ferner gleichfalls die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind hierbei dem tariflichen Heilmittelverzeichnis zu entnehmen. Erstattungen erfolgen in diesen Tarifen zu 80 %, sie sind insgesamt auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel zählen nicht zu der unter Ziffer 2 c) des Tarifs K beschriebenen Grenze von 2.500 Euro hinzu, auch gilt hierfür die unter Ziffer 2 c)

genannte Beschränkung der Arzneimittel auf verschreibungspflichtige Medikamente nicht.

4. Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

In den Tarifen der *KomfortKlasse* werden alle ambulanten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen gezahlt.

Darüber hinaus sind einige Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die über den Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen; diese Maßnahmen sind im tariflichen Verzeichnis aufgeführt. Alle diese Vorsorgeuntersuchungen belasten ferner nicht den tariflichen Selbstbehalt des Tarifs K und sind unschädlich für den Anspruch auf die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen, sofern die Kosten – wie im tariflichen Verzeichnis beschrieben – im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstanden sind.

In den Tarifen der *PremiumKlasse* wird für jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten geleistet, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

Im Zahnbereich werden darüber hinaus – unabhängig von obiger Darstellung – in beiden Tariflinien eigene Prophylaxemaßnahmen erstattet, wie in § 4 Abs. 4 Teil II 1. b) der AVB beschrieben; so leistet die ARAG beispielsweise auch für die professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen.

5. Welche Leistungen werden für Schutzimpfungen erbracht?

Für Schutzimpfungen wird in beiden Tariflinien geleistet. In der *KomfortKlasse* werden (bei Beachtung des Primärarztprinzips) 100 % der Aufwendungen einschließlich des Impfstoffs erstattet; ausgenommen sind hierbei Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen. In der *PremiumKlasse* fallen sämtliche Impfungen einschließlich des Impfstoffs mit bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) unter den Versicherungsschutz, einschließlich von Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

Bei Durchführung von im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Schutzimpfungen bleibt im Tarif K darüber hinaus der Anspruch auf die Pauschalerstattung erhalten; Erstattungen für diese Maßnahmen werden zum Vorteil der Versicherten auch nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

6. Welche Regelungen gelten für die Erstattung von Heilmitteln?

Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen, wie z.B. Krankengymnastik, Massagen oder Fangopackungen, sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, etwa nach einem schwerem Unfall oder bei Entwicklungsstörungen bei Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung, insbesondere bei Kindern oder bei Schlag-

anfallpatienten). Diese Maßnahmen sind in beiden Tariflinien der ARAG versichert.

In den Tarifen der *KomfortKlasse* sind dabei die erstattungsfähigen Höchstbeträge für die im tariflichen Heilmittelverzeichnis aufgeführten Maßnahmen der physikalischen Therapie zu beachten. Ferner unterliegen Erstattungen für Heilmittel in diesen Tarifen der Regelung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen): Diese werden für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Kalenderjahr zu 80 % erstattet, für den 2.500 Euro übersteigenden Teil zu 100 %.

7. Gilt für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein so genannter „offener Hilfsmittelkatalog“?

Die ARAG Krankenversicherung hat sich bewusst nicht für die Festbeschreibung einer abgeschlossenen Liste von erstattungsfähigen Hilfsmitteln in den Versicherungsbedingungen entschieden, um die Erstattung von neuartigen Hilfsmitteln zu ermöglichen und damit am medizinischen Fortschritt im Sinne einer optimalen und zukunftssicheren Versorgung teilzunehmen.

Gemäß § 4 Teil II Abs. (2) 5. der AVB bedarf es für Hilfsmittel, die im Bedingungstext nicht explizit aufgeführt werden, einer vorherigen schriftlichen Zustimmung durch den Versicherer.

Wie im Bedingungstext beschrieben sind dabei die Kosten für sämtliche Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn diese die körperliche Behinderung unmittelbar ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Es gibt allerdings eine Vielzahl von Hilfsmitteln in unterschiedlichen Ausführungen. So dient die vorherige Überprüfung durch die ARAG Krankenversicherung auch der Sicherheit des Kunden, denn sollte ein Hilfsmittel nicht akzeptiert werden können, kann unter Umständen eine Alternative benannt werden. Zudem ermöglicht die vorherige Überprüfung, dass Hilfsmittel ggf. kostengünstiger über den Versicherer bezogen werden können oder mit dem Kunden anstelle eines Kaufs die Miete eines Hilfsmittels vereinbart wird. Diese Mitbestimmung bei der Versorgungsform wirkt sich somit allgemein kostendämpfend und auch beitragsstabilisierend aus.

Insgesamt gilt somit für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein offener Hilfsmittelkatalog, wobei es für die nicht explizit im Bedingungstext aufgeführten Hilfsmittel einer vorherigen schriftlichen Zustimmung durch den Versicherer bedarf.

Die Begrenzung auf eine „funktionale Standardausführung“ in den Tarifen der *KomfortKlasse* ist dabei nicht abwertend zu verstehen: Mit der Formulierung ist eine normale Ausführung eines Hilfsmittels gemeint. Der Begriff Standard ist mit dem Begriff "Norm" gleichzusetzen, beschreibt also das "Übliche". Ein Patient, der ein Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung erhält, bekommt das, was für die Art der Behinderung in der überwiegenden Anzahl an Fällen ebenfalls verordnet wird.

8. Wie ist die Erstattung von Sehhilfen geregelt?

In der *PremiumKlasse* werden die Kosten für Brillengläser bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) erstattet, auch für hochwertige Gleitsichtbrillen, für entspiegelte, getönte oder Colormatic-Gläser, bei bestimmten Augenkrankheiten auch Blendschutzgläser.

Die Brillenfassung ist bis zu 105 Euro erstattungsfähig. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Eine neue Sehhilfe ist im Allgemeinen dann medizinisch notwendig, wenn sich die Dioptrienzahl um mindestens 0,5 verändert hat. Nah- und Fernbrillen werden dabei separat betrachtet.

Kontaktlinsen (harte und weiche) fallen mit bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) ebenfalls in den Versicherungsschutz.

Die Tarife der *KomfortKlasse* sehen dagegen eine Erstattung für Sehhilfen von 100 % bis zu 150 Euro vor. Ein erneuter Anspruch entsteht danach frühestens nach Ablauf von 36 Monaten ab Bezug. Wurde der Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft (beispielsweise nach der Erstattung von so genannten „Wegwerfkontaktlinsen“), werden die Leistungen dabei kumuliert: Es können damit weitere Rechnungen eingereicht werden*, bis der Höchstleistungsbetrag von 150 Euro ausgeschöpft ist. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht dann nach Ablauf von 36 Monaten, gerechnet ab dem Bezugsdatum von derjenigen Rechnung, mit welcher der Höchstleistungsbetrag von 150 Euro erreicht wurde. Falls der Höchstbetrag von 150 Euro bei der Kumulation nicht erreicht wurde, stehen nach Ablauf von 36 Monaten seit dem letzten Bezug ebenfalls auf alle Fälle wieder volle 150 Euro zur Verfügung.

* D.h. Rechnungen für Sehhilfen, die zeitlich nach der ersten Rechnung liegen; maßgeblich für die Bestimmung der Zeiträume ist dabei jeweils das Bezugsdatum, nicht das Einreichungsdatum der Rechnung bei der ARAG.

9. Wie werden ambulante Krankentransporte erstattet?

Nach den AVB erstattet die ARAG Krankenfahrten und -transporte (also auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, wobei diese nicht auf orthopädische Erkrankungen beschränkt ist.

Bei eindeutigen Krankheitsbildern, auch bei Unfällen oder medizinischen Notfällen verzichtet die ARAG schon aus pragmatischen Gründen auf die ärztliche Bescheinigung. Insbesondere wird bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung auch ohne Bescheinigung von einer Gehunfähigkeit für den Hin- und Rückweg ausgegangen.

10. Wie ist die Erstattung von Anschlussheilbehandlungen geregelt?

Bei bestimmten Krankheitsbildern schließen sich an die akute Krankenhausbehandlung weitere stationäre Behandlungsmaßnahmen an, die erforderlich sind, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Derartige Anschlussheilbehandlungen können in darauf spezialisierten Häusern oft besser und unter Umständen auch kostengünstiger durchgeführt werden, als in der Akutklinik. Zumeist handelt es sich um Krankenanstalten gemäß § 4 Teil I Abs. 5 Satz 1 der AVB (sog. „gemischte Krankenanstalten“).

Für Kurmaßnahmen ist die private Krankenversicherung, soweit der jeweilige Tarif nichts anderes vorsieht, nicht leistungspflichtig (vgl. § 5 Abs. 1 d) Teil I der AVB). Dagegen kann eine Anschlussheilbehandlung in die Leistungspflicht fallen, wenn diese im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Akutklinik erfolgt und es aus medizinischen Gründen notwendig ist, die Maßnahme unter stationären Bedingungen durchzuführen (etwa nach einer Operation für eine Hüft-Totalendoprothese). Es muss ein enger zeitlicher Bezug zum Klinikaufenthalt gegeben sein, üblicherweise wenige Tage bis maximal zwei Wochen. Je nach medizinischer Indikation kann auch ein längerer Abstand zulässig sein (z. B. bis zu sechs Wochen nach dem Ende der Bestrahlung bei einer Karzinomerkrankung, bei Bestrahlung im Bereich des Kopfes oder des Halses sogar bis zu zehn Wochen).

Entscheidend für die Leistungspflicht ist der Inhalt der Behandlung: Hat die Behandlung Kurcharakter, so ist die private Krankenversicherung nicht leistungspflichtig, überwiegt der Charakter der Heilbehandlung, so ist sie leistungspflichtig.

Für eine vom Krankenhausarzt veranlasste medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung, die im Anschluss an eine leistungspflichtige Krankenhausbehandlung erfolgt und die oben beschriebenen Anforderungen erfüllt, werden die tariflichen Leistungen für stationäre Heilbehandlung von der ARAG Krankenversicherung gewährt. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach

leistungspflichtig ist, vor Beginn der Anschlussheilbehandlung schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall besteht kein darüber hinausgehender Leistungsanspruch gegenüber der ARAG.

Weil die Abgrenzung einer Anschlussheilbehandlung gegenüber einer Kurbehandlung für den Laien nicht ohne Weiteres erkennbar ist, sollten Sie zu Ihrer Sicherheit unsere vorherige schriftliche Leistungszusage einholen; andernfalls prüft die ARAG den Erstattungsanspruch auch im Nachhinein.

11. Was ist bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten zu beachten?

Krankenanstalten gemäß § 4 Teil I Abs. 5 Satz 1 der AVB werden auch als „gemischte Anstalten“ bezeichnet (siehe Frage zu „Anschlussheilbehandlungen“). Es handelt sich um Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Für medizinisch notwendige Behandlungen in solchen Krankenanstalten sind private Krankenversicherer nur leistungspflichtig, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Ausschluss der Behandlung in diesen "gemischten Anstalten" (ohne vorherige Zusage) hat den Zweck, den Versicherer von der nachträglichen Überprüfung zu befreien, ob während des Aufenthaltes in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder - wenn auch nur teilweise - eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat. Für Patienten ist eine solche „Gemischte Anstalt“ allerdings nicht immer unmittelbar zu erkennen.

Die ARAG zahlt für solche Behandlungen jedoch auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, ebenso, wenn ausschließlich medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung durchgeführt wurde; die Prüfung, ob es sich um medizinisch notwendige Heilbehandlung (z.B. eine Anschlussheilbehandlung) handelte, kann hierbei also auch im Nachhinein erfolgen.

12. In welchem Umfang sind stationäre Psychiatrie und Psychotherapie versichert?

Die Kosten für stationäre Psychotherapie oder stationäre Psychiatrie werden in beiden Tariflinien vom Versicherungsschutz ebenso erfasst wie die Behandlung somatischer (körperlicher) Krankheitsbilder. Aufwendungen für diese wichtige Komponente des tariflichen Leistungsumfanges fallen damit in den Versicherungsschutz, soweit es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder wegen Unfallfolgen handelt. Eine Begrenzung der Therapiestunden besteht hierbei nicht; auch ist keine vorherige Genehmigung durch den Versicherer notwendig.

Bei einer eventuellen Behandlung in einer gemischten Krankenanstalt (siehe eigene Frage in diesen Erläuterungen) sind die dort beschriebenen Hinweise zu beachten.

13. Welche Begrenzung besteht bei Arzthonoraren im Ausland?

Im Ausland praktizierende Ärzte sind bei ihrer Liquidation nicht an die deutschen Gebührenordnungen gebunden. Das Honorar wird von der ARAG akzeptiert, wenn es dem im jeweiligen Aufenthaltsland üblichen Preis entspricht. Als üblich gilt im Zweifel der Preis, der am betreffenden Ort für gleiche oder ähnliche Leistungen verlangt wird. Es wird insoweit nicht auf deutsches Gebührenrecht abgestellt.

14. Welcher Versicherungsschutz besteht bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?

Nach den AVB (§ 1) besteht für die ersten drei Monate auch ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz; muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Sind vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten bis zu längstens fünf Jahren geplant, ist Versicherungsschutz gegen einen ab dem vierten Monat zu entrichtenden Beitragszuschlag möglich (eine darüber hinausgehende Fortsetzung des Versicherungsschutzes kann mit dem Versicherer je nach Fall vereinbart werden). Ein schriftlicher Antrag ist hierzu spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise zu stellen.

Ferner kann für längere Auslandsaufenthalte unter bestimmten Bedingungen (insbesondere unter Berücksichtigung der Dauer des Auslandsaufenthaltes) eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden; der Versicherungsschutz wird dabei unterbrochen, es ist nur der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung zu zahlen.

15. Was ist bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland zu beachten?

Bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in die Schweiz setzt sich das Versicherungsverhältnis – wie in den AVB (§ 1) beschrieben – fort; die tarifliche Erstattungspflicht ist dabei begrenzt auf die Leistungen, die bei einer entsprechenden Behandlung im Inland angefallen wären. Ein Beitragszuschlag wird hierfür nicht erhoben. Da das deutsche Gesundheitssystem mit das teuerste und aufwändigste innerhalb der EU ist, wird sich die ARAG bei einer Verlegung des Aufenthaltes innerhalb der EU nicht auf das Kürzungsrecht auf das inländische Kostenniveau berufen.

Alternativ kann das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

Bei einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die im vorangehenden Absatz genannten endet das Versicherungsverhältnis (§ 15 der AVB); die ARAG benötigt hierfür eine entsprechende schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers und eine Kopie der amtlichen Abmeldebescheinigung.

16. Wird auch für Auslandsrücktransporte geleistet?

Auslandsrücktransporte sind ein sehr wichtiger Leistungsbestandteil eines privaten Krankenversicherungsschutzes. Die ARAG leistet für medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Auslandsrücktransporte, auch Rettungsflüge, im Rahmen der stationären Leistungsbereichs in beiden Tariflinien ohne betragsmäßige Beschränkung (§ 4 Teil II Abs. 3 Ziff. 10. der AVB). Dies gilt für alle Auslandsaufenthalte, unabhängig von der Aufenthaltsdauer.

17. Kann der Versicherungsschutz bei Bedarf flexibel durch ein Optionsrecht erhöht werden?

Die ARAG Krankenversicherung bietet Möglichkeiten zur Anpassung des Versicherungsschutzes an den persönlichen, wechselnden Bedarf und die Zahlungsfähigkeit des Kunden.

In den Tarifen der *Komfortklasse* haben Versicherte über tariflich verankerte Optionsrechte das Recht, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in höherwertige Kostentarife zu wechseln.

Über den Tarif *FlexiPro* bestehen weitere Optionsrechte auf Tarife der Vollversicherung.

Daneben besteht in der Komfort- und PremiumKlasse die Möglichkeit, innerhalb der jeweiligen Tariflinie in einen Tarif mit höherer oder niedrigerer Selbstbeteiligung zu wechseln – ohne erneute Risikoprüfung, lediglich mit neuen Wartezeiten für die Mehrleistungen im Falle einer Reduzierung der Selbstbeteiligung (siehe Frage Nr. 18).

18. Kann der Selbstbehalt verändert werden?

In beiden Tariflinien können Versicherte ihren Beitrag durch Erhöhung eines Selbstbehaltes reduzieren.

In den Tarifen der *PremiumKlasse* wirkt die Selbstbeteiligung dabei ausschließlich auf den ambulanten Leistungsbereich (bei den Tarifen 21P70 bis 21P90 mit der Besonderheit eines prozentualen, absolut gedeckelten SB).

In der *KomfortKlasse* fällt der Selbstbehalt bei allen tariflichen Leistungen an; der Selbstbehalt wird durch die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen jedoch nicht belastet. Für Kinder und Jugendliche gelten hier nur die halben Selbstbehalte der Erwachsenen.

Durch Inanspruchnahme einer Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen (Tarif K) oder einer in beiden Tariflinien möglichen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung können Versicherte bei entsprechender Leistungsfreiheit Ihren effektiv bezahlten Beitrag noch weiter reduzieren.

Als Besonderheit ist bei der ARAG der flexible Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehalt-Stufen – jeweils innerhalb der einzelnen Tarife der *PremiumKlasse* oder der *KomfortKlasse* – ohne erneute Risikoprüfung möglich; durch die Umstufung ergeben sich damit keine neuen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse. Im Fall einer Reduzierung (oder des Wegfalls) des vorherigen Selbstbehaltes gelten lediglich die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.

Mit der Regelung soll unseren Versicherten lebensphasengerechte Anpassung des Versicherungsschutzes ermöglicht werden. Ein Wechsel von einer Tariflinie in die andere mit einer erneuten Risikoprüfung ist selbstverständlich ebenfalls jederzeit möglich (bzw. ohne Risikoprüfung unter Inanspruchnahme des Optionsrechts der Tarife K oder FlexiPro bei Vorliegen der dort beschriebenen Voraussetzungen).

19. Besteht während einer Elternzeit die Möglichkeit, Beiträge einzusparen?

Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz (z.B. Wechsel vom Einbettzimmer zu einem Mehrbettzimmer) kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Mit dieser Serviceleistung können wir Versicherten entgegenkommen, die in dieser Zeit eventuell über ein geringeres Einkommen verfügen.

Die Reduzierung des Versicherungsschutzes ist dabei nicht an den Beginn der Elternzeit gebunden, sondern kann auch zu einem späteren Termin während der Elternzeit vereinbart werden. Allerdings ist der Termin der Anhebung des Versicherungsschutzes festgelegt auf das Ende der Elternzeit.

Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten ist spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zum Ersten des Monats zu beantragen, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

Herausgeber:
ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Fax +49 (0) 89 41 24-95 25
www.ARAG.de