Versicherungsbedingungen und -informationen

Krankheitskosten-Vollversicherung

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarifgeneration Bisex

Das Wichtigste ist Ihre Gesundheit.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen und dazugehörige Tarife (soweit diese beantragt werden)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife	5
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif Classic	12
– Beschreibung Tarif Classic ++	17
– Tarif Classic ++: Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten	22
– Beschreibung Tarif Esprit	23
– Beschreibung Tarif Esprit X	28
– Beschreibung Tarif Esprit M	33
– Beschreibung Tarif Esprit MX	37
– Beschreibung Tarif Comfort	41
– Tarif Comfort: Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten	46
– Beschreibung Tarif Comfort +	47
– Beschreibung Tarif Profi S	52
– Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für alle Tarife der Produktlinien Classic und Esprit	54
– Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen	56
– Besondere Bedingungen für den Übertragungswert: PIT – Gesetzliche Portabilität	58
– Beschreibung Tarif H	59
Sonderbedingungen für die Beitragssenkung im Alter (BSA65)	60
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro	61
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif pro	67
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung	68
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif PTG	72
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	73
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - Teil IV: Überleitungsregelungen	83
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	85
– Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	88

Weitere Informationen zur Krankenversicherung

Ergänzende Informationen zu Ihrer substitutiven Krankenversicherung	90
Übersicht über die Beitragsentwicklung	91
Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung	93
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	94
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflegepflichtversicherung	99
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	121
Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe	122
Satzung Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	123

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

(Stand 1.1.2017)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) - §§ 1 - 20
Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 35 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Nr. 1
Zugunsten des Versicherungsnehmers gilt als Versicherungsfall auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung.
Wird die Vorsorgeuntersuchung in Einrichtungen der in Tarifbedingung Nr. 11 bezeichneten Art durchgeführt, leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. nach Maßgabe dieser Bestimmung.

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (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.

Nr. 2
Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten auch auf das außereuropäische Ausland. Vom 13. Aufenthaltsmonat an wird ein Beitragszuschlag für USA, Kanada und Japan in Höhe von 50 % erhoben.
Dauert ein Auslandsaufenthalt des Versicherungsnehmers länger als 3 Monate, so ist ein im Inland wohnender Bevollmächtigter zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.
Diese Regelung gilt, solange ein Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland besteht (siehe auch §§ 1 Absatz 5 und 15 Absatz 3 MB/KK 2009).

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder 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.

Nr. 3
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. begrenzt seine Leistungen bei den in § 1 Absatz 5 MB/KK 2009 aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Nr. 4
Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Behandlungen geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen.

Nr. 5
Bei einem Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des neuen Tarifs oder der neuen Tarifstufe mit den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
Soweit sich bei Änderungen des Versicherungsschutzes Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KK 2009) entsprechend.

(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.

Nr. 6
Werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

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

§ 3 Wartezeiten

(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.

Nr. 7
Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Kosten.
Für den Ehegatten einer mindestens seit 8 Monaten versicherten Person verzichtet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. auch auf die besonderen Wartezeiten unter der gleichen Voraussetzung, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

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

Nr. 8
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

(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.

Nr. 9
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Nr. 10
Soweit ein Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, dürfen für medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlungen wegen Krankheit auch sogenannte nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes in Anspruch genommen werden. Die Therapeuten müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß Artikel 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ist die entsprechende Zulassung des Therapeuten vorzulegen.

Nr. 11
Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat. Darüber hinaus werden die Kosten für ärztliche Untersuchungen in Krankenhausambulanzen im tariflichen Umfang erstattet, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht.

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

Nr. 12
Rezepte sind mit der dazugehörigen Behandlungsrechnung oder mit der vom Arzt auf dem Rezept vermerkten Diagnose erstattungsfähig.

Nr. 13
Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, kosmetische und hygienische Mittel gelten nicht als Arzneimittel. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung bei liegender Sonde (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

Nr. 14
Sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte) sind nicht erstattungsfähig.

(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.

Nr. 15
Eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung liegt dann vor, wenn die Behandlung einer Krankheit nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann und der stationäre Aufenthalt nicht anderen Gründen als der Heilbehandlung dient. Dies gilt auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.
Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

(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 Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 16
Über § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankenhauskostenversicherungen und bei Krankheitskostenversicherungen mit Kostenersatz für stationäre Krankenhausbehandlung in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben. Tarifbedingung Nr. 15 Absatz 1 gilt sinngemäß.

Nr. 17
Abweichend von § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 kann sich der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten;
b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von vier Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden;
c) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
d) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

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

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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

Nr. 18
Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.

Nr. 19
Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle 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.

Nr. 20
Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK 2009.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 21
Zugunsten des Versicherungsnehmers leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang. Damit entfällt die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK 2009.

f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
g) 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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 22
Als Nachweis im Sinne des § 6 Absatz 1 MB/KK 2009 werden insbesondere die Urschriften der Rechnungen, Bescheinigungen und Urkunden gefordert. Sie müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, Behandlungsdauer, Tag und Art der einzelnen Verrichtungen enthalten. Hat der Versicherungsnehmer die Urschriften bereits einem anderen Kostenträger eingereicht, so genügt als Nachweis eine Zweitschrift, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistung vermerkt hat. Bei Verletzung dieser Bestimmungen gelten die in § 10 Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Rechtsfolgen entsprechend.

Nr. 23
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erbringt seine Leistungen auch auf nicht bezahlte Rechnungen.

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

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

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Nr. 24
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt insoweit das Abtretungsverbot gemäß § 6 Absatz 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

(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.

Nr. 25
Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus dem Tarif bzw. der Tarifstufe, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

(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 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 wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen des § 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 aufgrund 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.

§ 8a Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 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.

Nr. 26 Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

(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.

Nr. 27 Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig in Krankheitskosten- und Krankenhauskostentarifen betragsmäßig festgelegte Tarifleistungen anzupassen sind.

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

Nr. 28 Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung.

(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 Umfanges erforderlich ist.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 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
(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 aufgrund 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) 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.

Nr. 29
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ist im Tarif nichts anderes vereinbart und beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis frühestens zum Ablauf einer Mindestvertragsdauer von 24 Monaten 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.

Nr. 30
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) 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.

Nr. 31
Abweichend von § 13 Absatz 8 MB/KK 2009 muss die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt werden; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

(9) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(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.

Nr. 32
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verzichtet auf sein Kündigungsrecht nach § 14 Absatz 2 MB/KK 2009.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

Nr. 33
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

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

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

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

Nr. 34
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird.

Nr. 35
Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

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

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

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

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (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) Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif
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.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Classic

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Hausarztbehandlung
80 % Facharztbehandlung
80 % Arzneien, Heil-/Hilfsmittel
90 % Hilfsmittel nach Vermittlung durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 760,– EUR/Jahr (360,– EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
50 % Zahnersatz und Kieferorthopädie (bis Alter 17)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

6 Obliegenheit

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Classic

(Stand 1.1.2016)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	a) Ambulante ärztliche Leistungen	100 %
	und für	
	b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	100 %
	wenn die Erstbehandlung durch den Hausarzt, einen Facharzt für Gynäkologie, für Kinder- oder Augenerkrankungen oder durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgt	
	oder	
	wenn es sich um eine unvorhersehbare Akutbehandlung während einer Reise handelt.	
	Er ersetzt die erstattungsfähigen Kosten nach a) und b) zu	80 %
	wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der aufgeführten Ärzte erfolgt.	
	Der Erstattungssatz von 100 % gilt auch für Behandlungskosten durch einen Facharzt, sofern die Notwendigkeit der fachärztlichen Weiterbehandlung vom Hausarzt formlos bestätigt wird und diese Bestätigung der Rechnung beigefügt ist.	
	Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin, ein praktischer Arzt oder mit Zustimmung des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat, bestimmt werden.	
	Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.	
	c) Arzneien und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel	80 %
	d) im Zuge einer Leistungszusage für über den Versicherer oder seine Kooperationspartner bezogene Hilfsmittel (vgl. Ziffer 3.1 g) und h))	90 %
	Für Leistungen nach Buchstabe a), c) und d) gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von	
	– 760,– EUR bei Erwachsenen bzw. – 360,– EUR bei Kindern und Jugendlichen.	
	Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen nach b).	
	Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes.	
	Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht.	
	Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %
	b) Zahnersatz und Kieferorthopädie	50 %
	Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar	
	im 1. Versicherungsjahr auf 730,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 1.460,– EUR,	

im 3. Versicherungsjahr auf 2.190,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 2.920,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 3.650,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 4.380,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Classic gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für folgende Leistungen sind nicht erstattungsfähig:
Die Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt sind.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1a) sind bei ambulanter Heilbehandlung, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für
a) Leistungen des Arztes sowie Geburtshilfe.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1b) sind die Kosten für
b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1 durch Ärzte und
c) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen.[1]

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1c) sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für
d) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
e) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden, bis 250,– EUR pro Kalenderjahr:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
f) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hörgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, den Leistungsanspruch unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer entsprechend zu informieren. Benennt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Zuge der Überprüfung eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. und entscheidet sich der Versicherungsnehmer für diese Alternative, so wird hierfür gemäß Ziffer 1.1d) zu 90 % geleistet. Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1a) sind darüber hinaus die Kosten für
i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes[2], der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei Unterbringung in der allgemeinen Pflegeklasse,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.

[1] Eine detaillierte Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, deren Kosten erstattet werden, kann beim Versicherer abgefragt werden.

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
- Zahnbehandlung: Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
- Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen, sofern mit der Behandlung vor der Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

6 Obliegenheit

Neben dem Tarif Classic darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden. Besteht gleichwohl eine solche Versicherung, so erhebt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. für die Dauer dieser Versicherung den in den Technischen Berechnungsgrundlagen dafür vorgesehenen Zuschlag von 25 % zum Beitrag des Tarifs Classic.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kurmaßnahmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, sowie Fahrtkosten zur zahnärztlichen Behandlung, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Facharztrechnungen (nicht Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung oder Rechnung des Allgemeinarztes ein.

Lassen Sie sich bei der Behandlung durch Not- oder Bereitschaftsärzte auf der Rechnung bestätigen, ob es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Classic ++

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Hausarztbehandlung
80 % Facharztbehandlung
80 % Arzneien, Heil-/Hilfsmittel
90 % Hilfsmittel nach Vermittlung durch den Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
65 % Zahnersatz und Kieferorthopädie (bis Alter 17)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

6 Obliegenheit

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic ++

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Classic ++

(Stand 1.1.2016)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	a) Ambulante ärztliche Leistungen	100 %
	und für	
	b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	100 %
	wenn die Erstbehandlung durch den Hausarzt, einen Facharzt für Gynäkologie, für Kinder- oder Augenerkrankungen oder durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt erfolgt	
	oder	
	wenn es sich um eine unvorhersehbare Akutbehandlung während einer Reise handelt.	
	Er ersetzt die erstattungsfähigen Kosten nach a) und b) zu	80 %
	wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der aufgeführten Ärzte erfolgt.	
	Der Erstattungssatz von 100 % gilt auch für Behandlungskosten durch einen Facharzt, sofern die Notwendigkeit der fachärztlichen Weiterbehandlung vom Hausarzt formlos bestätigt wird und diese Bestätigung der Rechnung beigefügt ist.	
	Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin, ein praktischer Arzt oder mit Zustimmung des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat, bestimmt werden.	
	Bei Behandlung durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.	
	c) Arzneien und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel	80 %
	d) im Zuge einer Leistungszusage für über den Versicherer oder seine Kooperationspartner bezogene Hilfsmittel (vgl. Ziffer 3.1 g) und h))	90 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %
	b) Zahnersatz und Kieferorthopädie	65 %
	Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar	
	im 1. Versicherungsjahr auf 730,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 1.460,– EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 2.190,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 2.920,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 3.650,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 4.380,– EUR.	
	Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten.	
	Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.

Bei einem Wechsel in den Tarif Classic ++ gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Die Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für folgende Leistungen sind nicht erstattungsfähig: Die Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt sind.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1a) sind bei ambulanter Heilbehandlung, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für
a) Leistungen des Arztes sowie Geburtshilfe.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1b) sind die Kosten für
b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1 durch Ärzte und
c) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen.[1]

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1c) sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für
d) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
e) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden, bis 250,– EUR pro Kalenderjahr:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
f) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hörgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, den Leistungsanspruch unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer entsprechend zu informieren. Benennt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Zuge der Überprüfung eine alternative Versorgung oder eine Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. und entscheidet sich der Versicherungsnehmer für diese Alternative, so wird hierfür gemäß Ziffer 1.1d) zu 90 % geleistet. Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1a) sind darüber hinaus die Kosten für
i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes[2], der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei Unterbringung in der allgemeinen Pflegeklasse,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
– Zahnbehandlung: Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
– Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen, sofern mit der Behandlung vor der Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

[1] Eine detaillierte Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, deren Kosten erstattet werden, kann beim Versicherer abgefragt werden.

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

6 Obliegenheit

Neben dem Tarif Classic ++ darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden. Besteht gleichwohl eine solche Versicherung, so erhebt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. für die Dauer dieser Versicherung den in den Technischen Berechnungsgrundlagen dafür vorgesehenen Zuschlag von 25 % zum Beitrag des Tarifs Classic ++.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Classic ++

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Behandlung durch einen Heilpraktiker, ambulante psychotherapeutische Behandlung, Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Sterilisation, Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung sowie Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kurmaßnahmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, sowie Fahrtkosten zur zahnärztlichen Behandlung, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Facharztrechnungen (nicht Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung oder Rechnung des Allgemeinarztes ein.

Lassen Sie sich bei der Behandlung durch Not- oder Bereitschaftsärzte auf der Rechnung bestätigen, ob es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes gehandelt hat.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Tarif Classic ++: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

(Stand 1.1.2017)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 35. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Vom 1. Januar des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Kalenderjahres an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

Tarif Esprit

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450,– EUR/Jahr (225,– EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 450,– EUR bei Erwachsenen bzw. – 225,– EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400,– EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen liegende Kosten sind gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ bzw. der GOZ erstattungsfähig.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
f) orthopädische Schuhe bis 325,– EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
   – Katheter, Stomaversorgungsartikel,
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Geh- und Stützapparate,
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
j) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

k) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.
   Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
   Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
   Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung: 60,– EUR
   – Nachstationäre Behandlung: 60,– EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Tarif Esprit X

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behanrdlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900,– EUR/Jahr (450,– EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit X

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 900,– EUR bei Erwachsenen bzw. – 450,– EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400,– EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit X gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen liegende Kosten sind gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ bzw. der GOZ erstattungsfähig.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
f) orthopädische Schuhe bis 325,– EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
   – Katheter, Stomaversorgungsartikel,
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Geh- und Stützapparate,
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
j) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

k) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.
   Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
   Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
   Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung: 60,– EUR
   – Nachstationäre Behandlung: 60,– EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Esprit M

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450,– EUR/Jahr (225,– EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit M

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 450,– EUR bei Erwachsenen bzw. – 225,– EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400,– EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit M gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen liegende Kosten sind gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ bzw. der GOZ erstattungsfähig.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
f) orthopädische Schuhe bis 325,– EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
   – Katheter, Stomaversorgungsartikel,
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Geh- und Stützapparate,
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
j) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

k) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes[2], der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei Unterbringung in der allgemeinen Pflegeklasse,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Esprit MX

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900,– EUR/Jahr (450,– EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit MX

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 900,– EUR bei Erwachsenen bzw. – 450,– EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400,– EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600,– EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800,– EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000,– EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit MX gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen liegende Kosten sind gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ bzw. der GOZ erstattungsfähig.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Sehhilfen bis 225,– EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
f) orthopädische Schuhe bis 325,– EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr
g) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen), die ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
   – Katheter, Stomaversorgungsartikel,
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Geh- und Stützapparate,
   – Krankenfahrstühle.
h) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
j) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

k) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Belegarztes[2], der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei Unterbringung in der allgemeinen Pflegeklasse,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen, jedoch nicht für professionelle Zahnreinigung.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen) bedürfen ab einem Rechnungsbetrag von 950,– EUR einer vorherigen Leistungszusage: Hörgeräte, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), Krankenfahrstühle.

Generell einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Comfort

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
80 % ambulante Behandlung
bis 5.400,– EUR Rechnungsbetrag/Jahr
100 % darüber hinaus

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
390,– EUR/Jahr bei Leistungsfreiheit (130,– EUR bis Alter 20)

Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
bis 360,– EUR alle fünf Jahre, sofern sonst keine Leistungen für Heilbehandlungen in Anspruch genommen wurden

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung
3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Comfort

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen bis zum Rechnungsbetrag von 5.400,– EUR: darüber hinaus	 80 % 100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 3.500,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 4.900,– EUR und im 3. Versicherungsjahr auf 6.300,– EUR. ab dem 4. Versicherungsjahr auf 14.000,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle	Bagatellfälle durch pauschale Abgeltung – bei Erwachsenen: – bei Kindern und Jugendlichen: wenn für ein volles Kalenderjahr keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 in Anspruch genommen wurden.	 390,– EUR 130,– EUR
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)	eine Vorsorgeuntersuchung („Check up“) zusätzlich zur Pauschalen Abgeltung nach Ziffer 1.4 wenn fünfmal unmittelbar hintereinander Leistungen nach Ziffer 1.4 gezahlt wurden:	bis 360,– EUR

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Comfort gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.

[1] Die üblichen Preise teilt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Logopädie und
   – Ergotherapie.
   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen):
   – Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125,– EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
     Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
   – Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
   – Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
   – Katheter, Stomaversorgungsartikel,
   – Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
   – Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
   – Geh- und Stützapparate,
   – orthopädische Schuhe,
   – Krankenfahrstühle,
f) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
   – Blutzuckermessgeräte,
   – Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
   – Schlafapnoegeräte,
   – Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
   – lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für
i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

3.2 Stationäre Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
   Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 40,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
   Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
   Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung: 60,– EUR
   – Nachstationäre Behandlung: 60,– EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Wurden während einer stationären Heilbehandlung keine Leistungen gemäß Buchstabe a) bis e) in Anspruch genommen, werden stattdessen 170,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
g) Bei Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30,– EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für
– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).

Kosten für Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie während einer stationären Heilbehandlung sind nicht gemäß Ziffer 1.2, sondern ausschließlich gemäß Ziffer 1.3 erstattungsfähig.

3.3 Zahnärztliche Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
Anspruch auf die pauschale Abgeltung besteht für jede versicherte Person, für die
- keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 dieses Tarifs für das volle abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,
- die Versicherung nach diesem Tarif während des vollen abgelaufenen Kalenderjahres bestand und am 30. Juni des Folgejahres weiterhin besteht. Die letztgenannte Bedingung entfällt, wenn die Versicherung wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder durch Tod zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni endet,
- alle Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.

Nach Ziffer 1.1 - 1.3 in Anspruch genommene Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die betreffende Behandlung erfolgt.

Die pauschale Abgeltung wird im Juli des Folgejahres ausgezahlt. Nach Annahme der pauschalen Abgeltung erlischt der Anspruch auf Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 für das abgelaufene Kalenderjahr.

3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer werden die Kosten bis zu 360,– EUR ersetzt, wenn
- für fünf Jahre in unmittelbarer Folge Leistungen nach Ziffer 1.4 ausgezahlt wurden und
- seit der letzten Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer fünf Jahre vergangen sind.

Die Kosten werden zusätzlich zur Leistung nach Ziffer 1.4 ersetzt.

Die Vorsorgeuntersuchung ist in dem Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen, in dem die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer, die in einem Diagnose-Zentrum oder in ähnlichen Einrichtungen erfolgt, werden die Kosten abweichend von Tarifbedingung Nr. 11 ohne vorherige schriftliche Leistungszusage des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erstattet.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen).

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Rechnungen sollten Sie sammeln und immer erst dann einreichen, wenn der voraussichtliche Leistungsbetrag höher ist als die tarifliche pauschale Abgeltung von 390,– EUR (bzw. 130,– EUR für Kinder und Jugendliche). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde und sieht mitunter Höchstgrenzen vor. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei Behandlungen außerhalb Deutschlands die Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Comfort: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

(Stand 1.1.2017)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 35. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Vom 1. Januar des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Kalenderjahres an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Tarif Comfort +

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
80 % ambulante Behandlung
bis 2.700,– EUR Rechnungsbetrag/Jahr
100 % darüber hinaus

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
390,– EUR/Jahr bei Leistungsfreiheit (130,– EUR bis Alter 20)

Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
bis 360,– EUR alle drei Jahre, sofern sonst keine Leistungen für Heilbehandlungen in Anspruch genommen wurden

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung
3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Comfort +

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

1 Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen bis zum Rechnungsbetrag von 2.700,– EUR: darüber hinaus	 80 % 100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 3.500,– EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 4.900,– EUR und im 3. Versicherungsjahr auf 6.300,– EUR. Ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten entfällt diese Begrenzung. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle	Bagatellfälle durch pauschale Abgeltung – bei Erwachsenen: – bei Kindern und Jugendlichen: wenn für ein volles Kalenderjahr keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 in Anspruch genommen wurden.	 390,– EUR 130,– EUR
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)	eine Vorsorgeuntersuchung („Check up“) zusätzlich zur Pauschalen Abgeltung nach Ziffer 1.4 wenn dreimal unmittelbar hintereinander Leistungen nach Ziffer 1.4 gezahlt wurden:	bis 360,– EUR

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Comfort + gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.
Dieser Tarif sieht für Auslandsrechnungen keine tarifliche Bindung an die jeweils geltende deutsche GOÄ/GOZ vor.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 13 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,

- Wärmebehandlung,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Logopädie und
- Ergotherapie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen):
- Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125,– EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
  Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
- Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert),
- Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Gipsschalen,
- Katheter, Stomaversorgungsartikel,
- Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen),
- Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung),
- Geh- und Stützapparate,
- orthopädische Schuhe,
- Krankenfahrstühle,

f) folgende Hilfsmittel (einschließlich Wartung und Reparatur), die auch bei medizinischer Notwendigkeit der vorherigen Leistungszusage* bedürfen:
- Blutzuckermessgeräte,
- Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren,
- Schlafapnoegeräte,
- Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore,
- lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).

* Wurde keine vorherige Leistungszusage vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. angefallen wären.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

Alle im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind bis zum jeweils genannten Höchstsatz erstattungsfähig.
Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),

b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 40,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
- Vorstationäre Behandlung: 60,– EUR
- Nachstationäre Behandlung: 60,– EUR

e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

f) Wurden während einer stationären Heilbehandlung keine Leistungen gemäß Buchstabe a) bis e) in Anspruch genommen, werden stattdessen 170,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

g) Bei Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30,– EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für
- allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) die Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel
- den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
Anspruch auf die pauschale Abgeltung besteht für jede versicherte Person, für die
- keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 dieses Tarifs für das volle abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,
- die Versicherung nach diesem Tarif während des vollen abgelaufenen Kalenderjahres bestand und am 30. Juni des Folgejahres weiterhin besteht. Die letztgenannte Bedingung entfällt, wenn die Versicherung wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder durch Tod zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni endet,
- alle Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.

Nach Ziffer 1.1 - 1.3 in Anspruch genommene Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die betreffende Behandlung erfolgt.

Die pauschale Abgeltung wird im Juli des Folgejahres ausgezahlt. Nach Annahme der pauschalen Abgeltung erlischt der Anspruch auf Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 für das abgelaufene Kalenderjahr.

3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer werden die Kosten bis zu 360,– EUR ersetzt, wenn
- für drei Jahre in unmittelbarer Folge Leistungen nach Ziffer 1.4 ausgezahlt wurden und
- seit der letzten Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer drei Jahre vergangen sind.

Die Kosten werden zusätzlich zur Leistung nach Ziffer 1.4 ersetzt.

Die Vorsorgeuntersuchung ist in dem Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen, in dem die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer, die in einem Diagnose-Zentrum oder in ähnlichen Einrichtungen erfolgt, werden die Kosten abweichend von Tarifbedingung Nr. 11 ohne vorherige schriftliche Leistungszusage des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erstattet.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, einige Schutzimpfungen (z. B. für Fernreisen), Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), Hilfsmittel, die nicht ausdrücklich im Tarif genannt werden.

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise des gültigen Preis-/Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Rechnungen sollten Sie sammeln und immer erst dann einreichen, wenn der voraussichtliche Leistungsbetrag höher ist als die tarifliche pauschale Abgeltung von 390,– EUR (bzw. 130,– EUR für Kinder und Jugendliche). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
- Versicherungsnummer
- Originalbeleg der Rechnung
- Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Blutzuckermessgeräte, Sauerstoffgeräte und Sauerstoffkonzentratoren, Schlafapnoegeräte, Atmungs- und Herzüberwachungsmonitore, lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte).

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre RingCard für Privatversicherte vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Zudem besteht ohne besondere Vereinbarung während des ersten Monats eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland. Nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten gilt der Versicherungsschutz weltweit.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Ring-Schutz-Tarif
Private Vollkostenversicherung Tarif Profi S

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ersetzt nach Abzug einer Selbstbeteiligung von den erstattungsfähigen Kosten je Person und Kalenderjahr für

1	Ambulante ärzliche Behandlung	100 %
2	Stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %
3	Zahnärztliche Behandlung, zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %
4	Zahnersatz und Kieferorthopädie	80 % Die tarifliche Leistung nach den Ziffern 3 und 4 wird in den ersten 3 Versicherungsjahren begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 3.650,– EUR, 2. Versicherungsjahr auf 5.110,– EUR, 3. Versicherungsjahr auf 6.570,– EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten.
5	Eine Vorsorgeuntersuchung („Check up“)	erstmals im 5. Versicherungsjahr und danach jeweils alle fünf Jahre bis 360,– EUR

6 Selbstbeteiligung pro Person und Kalenderjahr:

Tarif	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Profi S	3.300,– EUR	1.650,– EUR

Die Selbstbeteiligung bezieht sich auf die tarifliche Leistung bzw. Ersatzleistung nach den Ziffern 1 - 4.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G., ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 - 6 genannten EUR-Beträge anzupassen sind.

Erstattungsfähige Kosten

Zu 1 Ambulante ärztliche Behandlung
Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe. Bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr
b) Schutzimpfungen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren und allgemeine Schutzimpfungen
c) Arzneien und Verbandmittel
(Nicht erstattungsfähig sind: Hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe.)
d) folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen durchgeführt wurden:
Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie.
Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) folgende Hilfsmittel (einschließlich Reparaturen):
Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125,– EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert), Blindenhund (Anschaffung, Ausbildung), Bandagen, Einlagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Leibbinden, Katheter, Geh- und Stützapparate, Gipsschalen, Körperersatzstücke und Prothesen (z. B. künstliche Augen, künstliche Gliedmaßen), orthopädische Schuhe, Hör- und Sprechgeräte (Batterien für Hörgeräte sind nicht mitversichert), Krankenfahrstühle, lebenserhaltende Hilfsmittel einschließlich Wartung und Reparatur (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen).
Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens 2 Jahre vergangen sind oder sich die Gläserstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung: Kosten gemäß a), c) und d)
g) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

Sonstige Leistungen
Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH, Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden bis zum jeweils genannten Höchstsatz erstattet. Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH, Stand 1985) ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.

Zu 2 Stationäre Behandlung
2.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)
Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne wahlärztliche Leistungen) und medizinisch notwendiger Nebenkosten sowie Heilmittel.
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

2.2 Regelungen für Sonderfälle
Berechnung einer anderen Unterkunft
a) Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 36,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 2.1c)
b) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 2.1d)
c) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
– Vorstationäre Behandlung: 60,– EUR
– Nachstationäre Behandlung: 60,– EUR

Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz
d) Wurde keine der genannten Leistungen (Ziffern 2.1, 2.2a) und b)) in Anspruch genommen, werden stattdessen 170,– EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Werden Pflegesatz und Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt berechnet, so gilt der Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses als Pflegesatz nach Ziffer 2.1a). Die Differenz zum Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) oder Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) gilt dann als Zuschlag für Unterkunft.

2.3 Sonstige erstattungsfähige Kosten
Bei Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif Profi S versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30,– EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

Zu 3 und 4 Zahnärztliche Behandlung, zahnärztliche prophylaktische Leistungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind die Kosten für
3a) Zahnbehandlung,
z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne.
3b) Zahnärztliche prophylaktische Leistungen
4a) Zahnersatz,
z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung) und Reparaturen von Zahnersatz.
Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.
Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.
4b) Kieferorthopädie

Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000,– EUR ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000,– EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

Versicherungsjahr
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Profi S gilt für die Mehrleistungen des neuen Tarifs der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

Zu 5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer werden erstmals im fünften Versicherungsjahr und danach jeweils alle fünf Jahre die Kosten bis zu 360,– EUR ersetzt.
Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer, die in einem Diagnose-Zentrum oder in ähnlichen Einrichtungen erfolgt, werden die Kosten abweichend von Tarifbedingung Nr. 11 ohne vorherige schriftliche Leistungszusage des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erstattet.

Der tariflich vereinbarte Selbstbehalt bleibt von dieser Leistung unberührt.

Selbstbeteiligung
Die Selbstbeteiligung bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr je versicherte Person errechneten tariflichen Leistungen bzw. Ersatzleistungen nach den Ziffern 1 - 4. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht.

Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für alle Tarife der Produktlinien Classic und Esprit

(Stand 1.1.2016)

Auszug der wichtigsten Gesundheitsvorsorgeleistungen, die ohne Anrechnung der Selbstbeteiligung erstattet werden.

Die Zahlen in den Klammern sind die vom Arzt abrechenbaren Aufführungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), nach denen Leistung und Abrechnung spezifiziert sind.

Vorsorgeleistungen

Die technischen sowie die Laborleistungen sind nur im Zusammenhang mit den persönlichen Vorsorgeleistungen (6/Glaukomvorsorge, 23, 26 – 29, 750/Hautkrebsvorsorge) abrechnungsfähig. Aus der Rechnung muss sich ergeben, dass die Leistungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung nach den o. g. GOÄ-Nummern erbracht wurden.

I. Persönliche Leistungen

Krebsvorsorgeuntersuchung für den Mann:
Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung – (28)

Krebsvorsorgeuntersuchung für die Frau:
- Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung – (27)
- Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik – (4851)

Gesundheitsvorsorgeuntersuchung für Erwachsene:
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen - einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung – (29)

Glaukomvorsorge:
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems, in diesem Falle Augen im Rahmen der Glaukomvorsorge ab dem 45. Lebensjahr – (6)

Schwangerschaftsvorsorge:
Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins, einschließlich der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung – (23)

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder:
Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) - entsprechend der gesetzlich eingeführten Vorsorgeuntersuchungen (U1-n) – (26)

Dermatoskopie:
Auflichtmikroskopie der Haut, eine Sitzung/Jahr – (750)

Sonographie:
- Ultraschalluntersuchung ein Organ – (410)
- Ultraschalluntersuchung bis zu 3 weiteren Organen – (420)
- Ultraschalluntersuchung Mutterschaftsvorsorge – (415)
- Ultraschalluntersuchung Schilddrüse – (417)
- Ultraschalluntersuchung Brustdrüse – (418)
- Zuschlag transkavitäre Untersuchung – (403)
- Zuschlag Duplexverfahren – (401)

Vorsorgedarmspiegelung – (687):
ab dem 50. Lebensjahr

II. Technische Leistungen

EKG:
Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung – (652)

Mammographie – (5265, 5266, 5267):
Die routinemäßige Vorsorgemammographie erfolgt altersabhängig in ihrer Häufigkeit wie folgt:

– 30. bis 40. Lebensjahr	alle 2 Jahre
– ab 40. bis 65. Lebensjahr	jährlich
– ab 65. Lebensjahr	alle 2 Jahre

Blutentnahme:
- Blutentnahme, Vene – (250)
- Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr. – (250a)

Sonographie:
- Direktionaler Ultraschalldoppler / Hirnarterien, Periorbitalarterien – (645)

Ophthalmodynamometrie
– (1262)

Tonometrische Untersuchung
– (1257)

III. Labor

- Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung – (3500, 3650)
- Teststreifenuntersuchung, Urin – (3511, 3652)
- Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) – (3501, 3711)
- Blutbild und Blutbildbestandteile – (3550)
- Leukozytendifferenzierung – (3551)
- Glukose – (3514, 3560)
- Glukosetoleranztest, oral (viermalige Bestimmung von Glukose) – (3613)
- Cholesterin – (3562)
- HDL-Cholesterin – (3563)
- LDL-Cholesterin – (3564)
- Triglyzeride – (3565)
- Harnsäure – (3518, 3583)
- Kreatinin – (3520, 3585)
- Kalium – (3519, 3557)
- Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) – (3513, 3592.H1)
- Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – (3908)
- TSH – (4030)
- Triple-Test (Bestimmung von drei Hormonen zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche) zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder eines Neuralrohrdefektes des Fetus auf Wunsch der Schwangeren
  - Beta-HCG – (4024)
  - Alpha-Fetoprotein – (3743)
  - Freies Estriol – (4027)
- Antikörperuntersuchung auf Toxoplasmose im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge – (4461)

Schutzimpfungen:

Standard- bzw. Regelimpfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) inklusive Auffrischungsimpfung, z. B.:
- Tetanus/Diphtherie
- FSME
- Grippe (Influenza)
- Hämophilus influenzae Typ b (=Hib)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Humane Papillomaviren - Typen HPV 16,18
- Masern/Mumps/Röteln
- Meningokokken
- Pertussis
- Pneumokokken
- Poliomyelitis
- Rotavirus
- Tuberkulose
- Varizellen

Mögliche Abrechnungsziffern:
- Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpass – (375)
- Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch – (376)
- Zusatzinjektion bei Parallelimpfung – (377)
- Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf – (378)

Die Kosten für die o. g. Impfstoffe werden ebenfalls im Rahmen der Vorsorge erstattet.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

(Stand 1.1.2016)

Informationen zum Preis- und Leistungsverzeichnis (bitte zum Zahnarzt mitnehmen)

1 Das Verzeichnis bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß § 9 GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind.

2 Neben den Leistungsinhalten sind die Höchstpreise zur Berechnung der tariflichen Leistungen aufgeführt. Leistungen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, oder Preise, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

3 Es wird dringend empfohlen, den Zahnarzt/die Zahnärztin bzw. das zahntechnische Labor direkt zu Beginn einer Behandlung (Diagnostik) auf den Inhalt des Verzeichnisses als Erstattungsbasis aus dem Versicherungsvertrag aufmerksam zu machen.

4 Rechtzeitig vor Beginn der Therapie sollte ein Heil- und Kostenplan und - falls Material- und Laborkosten anfallen werden - auch ein Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors vorgelegt werden. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. gibt dann verbindlich über die tariflichen Leistungen Auskunft.
Alle Beteiligten (Versicherte/r, Zahnarzt/Zahnärztin sowie das zahntechnische Labor) wissen somit bereits vor dem Therapiebeginn, was der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erstattet.

5 Falls der Heil- und Kostenplan sowie ggf. der Kostenvoranschlag des Labors nicht vor dem Therapiebeginn eingereicht und geprüft wurde, werden die über die im Tarif genannte Rechnungsbetragsgrenze hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

Nr.	Leistungsinhalte[1]	bis zu EUR[1) 2)]
1	Modell	6,20
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	14,70
3	Set-up	9,60
4	Stumpfmodell/Sägestumpf	10,20
5	Zahnkranz	5,70
6	Zahnkranz sockeln	6,20
7	Modellpaar trimmen/Fixator	9,00
8	Einstellen in Mittelwertartikulator	9,00
9	Modellpaar sockeln	22,00
10	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	10,70
11	Basis für Autopolymerisat	20,90
12	Bisswall	6,20
13	Übertragungskappe	24,20
14	Individueller Löffel	20,90
15	Provisorische Krone oder Brückenglied	31,50
16	Formteil	18,60
17	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe	68,10
18	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	77,10
19	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	14,70
20	Modellation gießen	22,00
21	Stiftaufbau	50,70
22	Brückenglied	55,20
23	Mantelkrone Kunststoff	70,40
24	Mantelkrone Keramik	109,20
25	Teleskopierende Krone	225,00
26	Steg	90,00
27	Steglasche/Stegreiter	50,10
28	Steggeschiebe individuell	106,90
29	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	194,10
30	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	114,80
31	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	46,20
32	Gefrästes Lager	58,00
33	Schubverteilungsarm	59,10
34	Riegel individuell	175,00
35	Metallverbindung nach Brand	27,60
36	Verblendung aus Kunststoff	50,70
37	Zahnfleisch aus Kunststoff	15,20
38	Verblendung aus Keramik	84,40
39	Zahnfleisch aus Keramik	33,20
40	Metallbasis	132,20
41	Einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/ Auflage/Umgehungsbügel	12,40
42	Zweiarmige Klammer/Approximalklammer/ Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	22,00
43	Zweiarmige Klammer, Auflage/Approximal-klammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklauf-klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	32,70
44	Bonwillklammer	43,40
45	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	41,10
46	Lösungsknopf für Friktionsprothese	16,90
47	Abschlussrand	19,70
48	Zuschlag einzelne Klammer	20,90
49	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	31,50
50	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,30
51	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,40
52	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	2,30
53	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	50,10
54	Fertigstellung je Zahn	4,00
55	Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/ Bonyhardklammer	10,70
56	Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	16,40
57	Weichkunststoff (ZE)/Sonderkunststoff	91,70
58	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00
59	Aufbissschiene/Knirschnerschiene/ Bissführungsplatte	112,50
60	Miniplastschiene/Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	67,00
61	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	46,70
62	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	10,20
63	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	166,00
64	Basis für Einzelkiefergerät	51,80
65	Basis für bimaxilläres Gerät	109,20
66	Schiefe Ebene	43,90
67	Vorhofplatte	57,40
68	Kinnkappe	51,80
69	Aufbiss	10,20
70	Abschirmelement	18,00

[1] Änderungen gemäß § 18 Absatz 1 MB/KK 2009 und Tarifbedingung Nr. 27 in Verbindung mit § 8b MB/KK 2009 sind vorbehalten.
[2] zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

Nr.	Leistungsinhalte[1]	bis zu EUR[1) 2)]
71	Weichkunststoff (KFO)	48,40
72	Schraube einarbeiten	15,80
73	Spezialschraube einarbeiten	23,70
74	Trennen einer Basis	6,80
75	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	20,30
76	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	25,90
77	Labialbogen intermaxillär	31,00
78	Feder, offen	9,00
79	Feder, geschlossen	11,30
80	Verbindungselement intramaxillär	23,70
81	Verbindungselemente intermaxillär	25,40
82	Verankerungselement	21,40
83	Einzelelement einarbeiten	11,30
84	Metallverbindung KFO	15,20
85	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,60
86	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	16,40
87	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	17,50
88	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	7,40
89	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	47,30
90	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	19,20
91	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/ Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	8,50
92	Retention, gebogen	45,00
93	Retention, gegossen	55,20
94	Gegossenes Basisteil	69,20
95	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	23,70
96	Teilunterfütterung	41,10
97	Vollständige Unterfütterung	56,30
98	Basis erneuern	68,70
99	Wiederherstellung eines konfektionierten Sekundärteiles	61,40
100	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	49,10
101	Auswechseln von Konfektionsteilen	14,10
102	Kronen- oder Brückenreparatur	37,20
103	Versandkosten	4,00
104	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	11,30

Nr.	Leistungsinhalte[1]	bis zu EUR[1) 2)]
105	Remontage-Modell	26,70
106	Montage eines Modellpaares in Fixator	10,70
107	Montage in Mittelwertartikulator	12,90
108	Modellmontage in individuellen Artikulator	14,00
109	Montage eines Gegenkiefermodells	7,90
110	Einstellen nach Registrat	8,60
111	Gussfüllung indirekt einflächig	49,80
112	Gussfüllung indirekt zweiflächig	58,50
113	Gussfüllung indirekt dreiflächig	68,90
114	Gussfüllung indirekt mehrflächig	72,80
115	Gussonlay	72,80
116	Glaskeramikinlay einflächig	97,20
117	Glaskeramikinlay zweiflächig	102,30
118	Glaskeramikinlay dreiflächig	108,40
119	Glaskeramikinlay mehrflächig	114,60
120	Glaskeramikonlay	108,40
121	Keramikinlay einflächig	91,10
122	Keramikinlay zweiflächig	94,10
123	Keramikinlay dreiflächig	97,20
124	Keramikinlay mehrflächig	107,40
125	Keramikonlay	97,20
126	Kunststoffinlay einflächig	38,90
127	Kunststoffinlay zweiflächig	51,20
128	Kunststoffinlay dreiflächig	65,50
129	Kunststoffinlay mehrflächig	69,60
130	Kunststoffonlay	65,50
131	Galvanoinlay einflächig	121,40
132	Galvanoinlay zweiflächig	129,60
133	Galvanoinlay dreiflächig	140,90
134	Galvanoinlay mehrflächig	164,00
135	Galvanoteilkrone	139,40
136	Veneer aus Keramik	186,20
137	Veneer aus gegossenem Glas	192,30
138	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien (Keramik)	27,70
139	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien (Metall)	22,50
140	Implantat als Basis für eine Einzelkrone einschließlich aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile und Bohrer	291,50
141	Zwei Implantate als Basis für eine Deckprothese einschließlich Steg und Stegreiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile und Bohrer	703,10

Der Zahnarzt/die Zahnärztin kann darüber hinaus Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ, die nicht mit den Gebühren abgegolten sind, berechnen.

[1)] Änderungen gemäß § 18 Absatz 1 MB/KK 2009 und Tarifbedingung Nr. 27 in Verbindung mit § 8b MB/KK 2009 sind vorbehalten.
[2)] zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

PIT - Gesetzliche Portabilität

(Stand 1.1.2017)

Gesetzliche Portabilität
Übertragungswert im Fall des Wechsels in eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung eines anderen privaten Krankenversicherers nach § 204 VVG. Die Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert werden in folgenden Leistungsstufen angeboten:

Für nicht beihilfeberechtigte Personen:
PIT

Für beihilfeberechtigte Personen
(abhängig von der Leistungsstufe der substitutive Krankheitskostenvollversicherung, der die versicherte Person zugeordnet ist):
PITB 100, PITB 70, PITB 70/55, PITB 60, PITB 60/45, PITB 55/40, PITB 50, PITB 50/35, PITB 45, PITB 45/30, PITB 40, PITB 40/25, PITB 35, PITB 35/20, PITB 30, PITB 30/15, PITB 25, PITB 25/15, PITB 20, PITB 20/15, PITB 15

Besondere Bedingungen für den Übertragungswert nach § 146 VAG

1 Geltung der AVB und Tarifbedingungen

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Musterbedingungen MB/KK mit Tarifbedingungen).

2 Versicherungsbeginn

Das Datum der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen gilt als Datum des Vertragsschlusses im Sinne von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für den Gesamtvertrag. Ein ggf. bereits bestehender Vertrag gilt formell als beendet. Die Rechte aus dem bisherigen Vertrag werden jedoch vollständig in den neuen Vertrag übertragen.

3 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen für die ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung (§ 195 Abs. 1 VVG) besteht und für die zugleich ein Übertragungswert nach § 146 VAG zu bilden ist.

(2) Nicht versicherungsfähig sind
- Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres,
- Jugendliche bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie ihr 20. Lebensjahr vollenden,
- Personen, für die eine kleine Anwartschaft ohne Aufbau einer Alterungsrückstellung oder ein Ausbildungstarif als substitutive Krankenversicherung im Sinne von § 195 Abs. 1 VVG besteht.

4 Versichererwechsel

(1) Bei einer vollständigen Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer den nach diesen Besonderen Bedingungen bestimmten Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat keinen Anspruch auf Auszahlung des Übertragungswertes an sich selbst.

(3) Kein Anspruch auf einen Übertragungswert besteht für eine Krankenversicherung in Anwartschaft.

5 Übertragungswert

Der Übertragungswert ergibt sich nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG in Verbindung mit § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG für Versicherungszeiten ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen. Die Berechnung des Übertragungswertes erfolgt nach Maßgabe der Technischen Berechnungsgrundlagen für diese Besonderen Bedingungen als Alterungsrückstellung, die sich im Basistarif nach § 146 VAG mit einem Selbstbehalt von 0,– EUR zum letzten Bilanzstichtag (31.12. des letzten vollendeten Kalenderjahres) ergeben hätte.

6 Ende der Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert

(1) Mit Beendigung der substitutiven Krankenversicherung enden auch diese Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert.

(2) Eine Kündigung der Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert ohne gleichzeitige vollständige Kündigung derjenigen Teile einer nach § 146 VAG substitutiven Krankenversicherung, die als Voraussetzung für diese Besonderen Bedingungen notwendig sind, ist sowohl für den Versicherer als auch für den Versicherungsnehmer ausgeschlossen.

(3) Bestehen bei Beendigung dieser Besonderen Bedingungen Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

7 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

8 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers ändern, z. B. wegen einer Änderung des diesen Besonderen Bedingungen zugrunde liegenden Basistarifs, wegen sinkender oder steigender Inanspruchnahme des Übertragungswertes oder aufgrund steigender Lebenserwartung. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diese Besonderen Bedingungen die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit der Besonderen Bedingungen vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

(2) Im Übrigen gilt auch für diese Besonderen Bedingungen § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Musterbedingungen MB/KK mit Tarifbedingungen).

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Ring-Schutz-Tarife
Krankenhaustagegeldversicherung Tarif H

(Stand 1.1.2016)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I und II).

Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Anspruch auf das versicherte Krankenhaustagegeld besteht ohne zeitliche Begrenzung und ohne Kostennachweis bei medizinisch notwendiger stationärer

a) Krankenhausbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Entbindung und Fehlgeburt,
b) Tbc-Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

Bei teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 2 Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Sonderbedingungen für die Beitragssenkung im Alter (BSA65)

(Stand 1.1.2016)

Modifizierte Beitragszahlung

Diese Sonderbedingungen können in Verbindung mit Krankheitskostentarifen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. vereinbart werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung der Tarife RAS, RSS und PLUS zugrunde liegen. Die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten entsprechend. Die Sonderbedingungen gelten für die Dauer des Bestehens der Krankheitskostenversicherung.

Beitragssenkung im Alter

(1) Vom Ersten des Monats an, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, ermäßigt sich die monatliche Beitragszahlung in vereinbarter Höhe. Der zu vereinbarende Betrag für eine Beitragssenkung ab dem Alter 65 beträgt mindestens 15,– EUR. Er kann darüber hinaus in Vielfachen von 5,– EUR vereinbart werden. Die maximale Beitragsermäßigung darf jedoch 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenversicherung nicht übersteigen.

(2) Der Beitrag für die Beitragssenkung im Alter ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Beginnverlegung der Beitragssenkung

(3) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Beginn der Beitragssenkung von dem unter Ziffer 1 vereinbarten Beginn abweichen. Diese Option darf der Versicherungsnehmer einmal ausüben, sobald die Sonderbedingungen 10 Jahre bestanden haben. Der neue Ermäßigungsbeginn muss ein zum Zeitpunkt der Antragstellung zukünftiger Monatsbeginn zwischen dem Ersten des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, und dem Ersten des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, sein. Durch die Beginnverlegung ändert sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

Nachträgliche Verminderung des Ermäßigungsbetrags

(4) Bei einer Verminderung des Ermäßigungsbetrags vor oder nach Beginn der Beitragssenkung ermittelt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die Höhe des dann geltenden Beitrags entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

Beitragsanpassung

(5) Eine Anpassung der monatlichen Beitragsrate erfolgt gemäß § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009). Dabei vergleicht der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den kalkulierten Aufwendungen für die Beitragssenkung im Alter.

Tarifwechsel in der Krankheitskostenversicherung

(6) Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes in den Krankheitskostentarifen wird die Beitragssenkung auf den neuen Versicherungsschutz übertragen. Sollte die Beitragsermäßigung 100 % des nach der Änderung des Versicherungsschutzes zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenversicherung der versicherten Person übersteigen, so wird der Ermäßigungsbetrag unter Beachtung von Ziffer 4 vermindert.

Kündigung der Sonderbedingungen

(7) Bei Kündigung dieser Sonderbedingungen bleiben die schon erworbenen Beitragssenkungsansprüche unter der Voraussetzung bestehen, dass die Sonderbedingungen mindestens 5 Jahre ununterbrochen vereinbart waren und sich zum vereinbarten Ermäßigungsbeginn eine Beitragssenkung von mindestens 15,– EUR ergibt. Die Höhe der Beitragsermäßigung ermittelt sich entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

(8) Bei Beendigung der Krankheitskostenversicherung enden automatisch die Sonderbedingungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ansprüche auf Beitragssenkung bestehen nicht mehr.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro

(Stand 1.1.2017)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) - §§ 1 - 18
Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 34 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(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.

Nr. 1
Wird innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Karenzzeit angerechnet.
Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung.

(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.

Nr. 2
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit, sofern die Tarifstufe dies vorsieht. Insoweit gilt § 1 Absatz 3 MB/KT 2009 nicht.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Nr. 3
Kann der Versicherungsnehmer eine Verbesserung des Nettoeinkommens (siehe § 4 Absatz 2 MB/KT 2009 und Tarifbedingung Nr. 12) nachweisen, so kann er ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von drei Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit den bestehenden Versicherungsschutz maximal um diese Verbesserung anpassen. Bereits eingetretene Versicherungsfälle werden hiervon nicht berührt.

Nr. 4
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. verzichtet bei beruflich bedingter Verkürzung der Karenzzeit auf eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, sofern die neue verkürzte Karenzzeit drei Wochen nicht unterschreitet und grundsätzliche Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Der Antrag muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. innerhalb von drei Monaten nach Verkürzung der Karenzzeit vorliegen. Die verkürzte Karenzzeit gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang des Antrages beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. folgt.

Nr. 5
War der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, den Versicherungsschutz herabzusetzen, so kann er den Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ganz oder teilweise wieder herstellen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 6
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.
Für den vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland können weitergehende besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer 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.

Nr. 7
Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 8
Bei einem Wechsel der Tarifstufe oder einer Erhöhung des Krankentagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen für „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KT 2009) entsprechend.
Bei der Beitragsberechnung werden Beitragshöhe und Dauer der bisherigen Versicherung berücksichtigt.

§ 3 Wartezeiten
(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.

Nr. 9
Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen. Soweit der Tarif eine Leistung für Entbindungen vorsieht, gilt für diese eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.

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

Nr. 10
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

(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.

Nr. 11
Zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt die Anrechnung auf die Wartezeiten unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
(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.

Nr. 12
Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei
Selbstständigen:
80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Absatz 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb;
Arbeitnehmern:
80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit.

Nr. 13
Solange nach Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.

Nr. 14
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. bietet den Versicherungsnehmern eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes an, wenn sich seit der letzten Anpassung die durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten um mehr als 10 % verändert haben.
Für diese Anpassung entfallen erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. innerhalb von 4 Wochen annimmt. Das erhöhte Krankentagegeld gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang der Annahmeerklärung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. folgt.

(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 Vertrage zugrunde 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.

Nr. 15
Ändert sich die Dauer, für die der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Arbeitsentgelt fortzahlt, so gilt § 4 Absätze 3 und 4 MB/KT 2009 über die Mitteilungspflicht des Versicherungsnehmers und die Änderung des Vertrages sinngemäß.

(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 Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 16
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. erbringt die tariflichen Leistungen abweichend von § 4 Absatz 9 MB/KT 2009 auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 17
Die Leistungseinschränkung bei Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, 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.

Nr. 18
Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009.

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 19
Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KT 2009 entfällt.

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Nr. 20
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zahlt das Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht.

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

Nr. 21
Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe f) MB/KT 2009 gilt nicht, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 22
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zahlt Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(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 Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Nr. 23
Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 2 MB/KT 2009 entfällt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Kosten für die Überweisung 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

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

(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.

Nr. 24
Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus der Tarifstufe, der Höhe des Krankentagegeldes, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(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 Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 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.

§ 8a Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen 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.

§ 8b Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Nr. 25
Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

(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.

§ 9 Obliegenheiten
(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.

Nr. 26
Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. auf Verlangen - mindestens aber in 14tägigen Abständen - nachzuweisen.

(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 Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 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
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
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 27
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Für diese Zeit wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel der Tarifstufe oder Erhöhungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des 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 aufgrund 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 von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(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.

Nr. 28
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. wird das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht nicht ausüben, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. 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.

Nr. 29
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
(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;

Nr. 30
Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009 auf sechs Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.

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;

Nr. 31
Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. aufgrund der eingereichten ärztlichen Befunde/Atteste oder ähnlicher geeigneter Nachweise. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ist berechtigt, zur Beurteilung des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit auch selbst entsprechende Nachweise einzuholen.
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Nr. 32
Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenantrag entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.
Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. einen Rückforderungsanspruch.

Nr. 33
Das Versicherungsverhältnis endet mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Nr. 34
Wird das Versicherungsverhältnis aus den in Tarifbedingung Nr. 33 genannten Gründen beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente 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, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
Auf Antrag des Versicherungsnehmers prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. anhand geeigneter Nachweise, ob die Voraussetzungen für den Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbstätigkeit vorliegen. Sofern dies der Fall ist, wird das ursprüngliche Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt, in dem die Voraussetzungen vorlagen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

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

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

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

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

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

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Krankentagegeldversicherung
Tarif pro

(Stand 1.1.2016)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro (Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Selbstständige
mit regelmäßigen Einkünften aus beruflicher Tätigkeit sind nach den Tarifstufen pro 008 – pro 365 versicherungsfähig.

Besteht gleichzeitig beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Selbstständige mit regelmäßigen Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit nach den Tarifstufen pro 008v – pro 365v versicherungsfähig.

Arbeitnehmer
sind nach den Tarifstufen pro 043 – pro 365 versicherungsfähig.

Besteht gleichzeitig beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Arbeitnehmer nach den Tarifstufen pro 043v – pro 365v versicherungsfähig.

II. Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Das versicherte Krankentagegeld wird bei

Tarifstufe			nach einer Karenzzeit von	ab dem
pro 008	und	pro 008v	1 Woche	8. Tag
pro 015	und	pro 015v	2 Wochen	15. Tag
pro 022	und	pro 022v	3 Wochen	22. Tag
pro 029	und	pro 029v	4 Wochen	29. Tag

Tarifstufe			nach einer Karenzzeit von	ab dem
pro 043	und	pro 043v	6 Wochen	43. Tag
pro 046				46. Tag
pro 064	und	pro 064v	9 Wochen	64. Tag
pro 085	und	pro 085v	12 Wochen	85. Tag
pro 092	und	pro 092v	13 Wochen	92. Tag
pro 106	und	pro 106v	15 Wochen	106. Tag
pro 127	und	pro 127v	18 Wochen	127. Tag
pro 183	und	pro 183v	26 Wochen	183. Tag
pro 274	und	pro 274v	39 Wochen	274. Tag
pro 365	und	pro 365v	52 Wochen	365. Tag

der vorübergehenden völligen Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Die Zahlung endet jedoch mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Das Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Übergangsgeld sowie Berufsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsrenten eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers sowie Verletztengeld durch eine Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

Teilarbeitsunfähigkeit
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Arbeitsunfähigkeit während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Tarifbedingung Nr. 22).

Schwangerschaft
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. leistet ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (siehe Tarifbedingung Nr. 20).

Entbindungspauschale
Bei jeder Entbindung zahlt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.

Allgemeine Anpassung des Krankentagegeldes
Entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung bietet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an (siehe Tarifbedingung Nr. 14).

Individuelle Anpassung
a) des Krankentagegeldes:
Bei einer Verbesserung des Einkommens kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 3).
b) der Karenzzeit:
Bei einer beruflich bedingten Verkürzung der Karenzzeit kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 4).
c) bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit:
Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit kann das Versicherungsverhältnis auf Antrag im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach einer Tarifstufe fortgesetzt werden, für die die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung (MB/EPV 2017)

(Stand 1.1.2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld. Der Ersatz von Aufwendungen ist nicht mitversichert.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (mit Anhang), dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

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

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

a) Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden fur die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte):
  geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte):
  erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte):
  schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte):
  schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte):
  schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des 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 hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei einem Wechsel des Tarifs oder einer Erhöhung des Pflegetagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen des Absatzes 1 entsprechend.

(3) 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.

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

§ 3 Wartezeit
(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
Keine Leistungspflicht besteht
a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse 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) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
d) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
(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 als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) 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.

(6) 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) 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 wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(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 Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 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.

§ 8a Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen 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.

§ 8b Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen 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 5 Prozent, 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. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten
(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die voraussichtliche Dauer und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich durch Unterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Privaten Pflegepflichtversicherung anzuzeigen und nachzuweisen (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) . Die gleiche Anzeigepflicht gilt bei einer Änderung der Pflegebedürftigkeit.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

(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 Umfanges 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld 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
entfällt

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

Ende der Versicherung

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

(2) Für die Zeit bis zum Ende des ersten Versicherungsjahres wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.

(3) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs oder Erhöhungen des Pflegetagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

(5) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis

hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(6) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Tätigkeitsgebiet des Versicherers beibehalten, gelten Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Wegzug einer versicherten Person aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

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

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

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

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

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher
(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Pflegetagegeldversicherung
Tarif PTG

(Stand 1.1.2017)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil II)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung.

Aufnahmefähig sind alle Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben und in der Pflegepflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Tarifstufe	Zu zahlendes Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit:				
	In Pflegegrad				
	1	2	3	4	5
PTG 1	–	25 %	50 %	100 %	100 %
PTG 2	–	–	30 %	50 %	50 %
	des vereinbarten Pflegetagegeldes.				

Tarifstufe	Zu zahlendes erhöhtes Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege in Pflegeheimen:				
	In Pflegegrad				
	1	2	3	4	5
PTG 1	–	100 %	100 %	100 %	100 %
PTG 2	–	–	100 %	100 %	100 %
	des vereinbarten Pflegetagegeldes.				

Die Höhe des zu zahlenden Pflegetagegeldes richtet sich nach der versicherten Tarifstufe in Verbindung mit dem vereinbarten Tagegeld und dem Pflegegrad.

Die Zahlung des erhöhten Pflegetagegeldes bei vollstationärer Pflege erfolgt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist, oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, so erfolgt keine Zahlung des erhöhten Pflegetagegeldes bei vollstationärer Pflege in Pflegeheimen.

Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/EPV 2017.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

(Stand 1.1.2017)

I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017)

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeit
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
A. Leistungen bei häuslicher Pflege
B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
C. Kurzzeitpflege
D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson
G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
I. Pflegeberatung
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5a Leistungsausschluss
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
§ 8a Beitragsberechnung
§ 8b Beitragsänderungen
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 19 Beitragsrückerstattung

II. Zusatzvereinbarungen

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

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.
Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 14 i. V. m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern

bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

(4) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:
1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 4 bis 8 entsprechend.

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 i. V. m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang).

(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2017, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(13) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe 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.

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(15) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des 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 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege
(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), 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.
Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 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 erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(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.

(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich
eine 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, anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen 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.
Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV 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. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld

und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs 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 und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

(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 selbstständigere 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 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend.
Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.
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 selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn
1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,
2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege
(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 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. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden
a) für 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 acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung 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 einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5 des Tarifs PV.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen,

zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 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 Umfanges der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.
Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.
Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(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 Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV.
Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PV bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PV zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abruft, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.
Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.
Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

§ 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 und Leistungen bei Pflegezeit 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 aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:
a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 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 und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (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 aufgrund 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 und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 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, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die 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 aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.
Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder medizinischen Dienstes durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.
Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI - siehe Anhang);
befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI - siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI - siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI - siehe Anhang);
wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI - siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabeinstufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 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, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450,– EUR.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes 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; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang),
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 aufgrund 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 Prozent 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,– EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund 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 fünf Prozent, 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 zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) 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 in Textform anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung 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 aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1b).

(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 Umfanges sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer 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 Kündigungsfrist 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 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.
Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich 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 § 26a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang 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. 1a).
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 Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

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

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

§ 19 Beitragsrückerstattung
Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a 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 § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von
1. § 3 MB/PPV 2017 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2017 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 2017
   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent 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, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450,– EUR.
   Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.
   Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
   b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2017 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 Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif 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 2017
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 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.
c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent 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.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

(Stand 1.1.2017)

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

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Versicherungsfalles und die weiteren Leistungsvoraussetzungen richten sich nach den Versicherungsbedingungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung gelten.

(2) Versicherte Personen bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe (Pflegebedürftigkeit) oder eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 festgestellt wurde und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung vorliegen, werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Absatz 3 und 4 einem Pflegegrad zugeordnet. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) die Zuordnung schriftlich mit.

(3) Versicherte Personen, bei denen eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 MB/PPV 2015, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet
a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden.

(4) Versicherte Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet
a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den Pflegegrad 2,
b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3,
c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4,
d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III, auch soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(5) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 3 oder 4 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach § 1 Abs. 4 MB/PPV 2017 erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit nach den MB/PPV 2017 mehr vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer oder zu einer Pflegekasse, wenn das neue Versicherungsverhältnis bzw. die Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird.

(6) Stellt eine versicherte Person, bei der das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach den MB/PPV 2015 festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen Höherstufungsantrag und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November bis 31. Dezember 2016 bereits nach den MB/PPV 2017.

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).
Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.
Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.
Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,
1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2017 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 i. V. m. Nr. 11 des Tarifs PV 2017 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

(2)* Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. *

(3)* Wechseln versicherte Personen zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 das Pflegeheim, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. *

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) In den Fällen des § 1 Abs. 6 richtet sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang). Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass
1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2017 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2017 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

Bei versicherten Personen, welche von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 Wiederholungsbegutachtungen nur durchgeführt, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

Die Frist nach § 6 Abs. 2a Satz 1, Halbsatz 1 MB/PPV 2017 ist vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 nur dann zu beachten, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt.

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV *

Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 erfüllen, können sie die Leistungsbeträge, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2017 zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für solche Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt werden, die von den versicherten Personen in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 zu beantragen.

*) Diese Bestimmungen gelten unter dem Vorbehalt, dass die betreffenden Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in Kraft treten

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Private Pflegepflichtversicherung
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

(Stand 1.1.2017)

III. Tarifbedingungen

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2017) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 - 14 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 gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - (siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte	50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	30 Prozent
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht,	30 Prozent
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer	30 Prozent
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen	20 Prozent

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 14 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,– EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1 Häusliche Pflege
Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689,– EUR,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298,– EUR,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612,– EUR,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995,– EUR

erstattet.

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 zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

2 Pflegegeld
2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

a) 316,– EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
b) 545,– EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
c) 728,– EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
d) 901,– EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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 Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23,– EUR, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33,– EUR erstattet.

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

3 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612,– EUR je Kalenderjahr erstattet.

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 für den festgestellten Pflegegrad 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.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806,– EUR auf insgesamt bis zu 2.418,– EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruch-

nahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge 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 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines 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 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,– EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40,– EUR je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000,– EUR je Maßnahme begrenzt.
Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000,– EUR berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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

5 Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

a bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689,– EUR,
b bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298,– EUR,
c bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612,– EUR,
d bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995,– EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

6 Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,– EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

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

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612,– EUR auf insgesamt bis zu 3.224,– EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

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

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

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770,– EUR je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262,– EUR je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775,– EUR je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005,– EUR je Kalendermonat

erstattet.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266,– EUR 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 2.952,– EUR.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

7.5 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125,– EUR je Kalendermonat erstattet.

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, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - (siehe Anhang).

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

9 Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).
Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.
Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.
Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.
Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200,– EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

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

10 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,
b) der Kurzzeitpflege,
c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang),

werden bis zu 125,– EUR monatlich erstattet. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

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

12 Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70,– EUR.

13 Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214,– EUR.

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

14 Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000,– EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500,– EUR.

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

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

(Stand: 1.1.2017)

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der PPV (Oktober 2016)

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.

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999
– Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
1.2 Pflegebettenzubehör	
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
– Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
– Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999
– Rückenstützen, motorisch verstellbar	50.45.03.2000-2999
1.4 Spezielle Pflegebetttische	
– Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
– Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7 Pflegerollstühle	
– Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999
Hilfsmittel*:	
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.10 Zubehör für Lifter	
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.11 Umsetz- und Hebehilfen	
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
– Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
Innenraum und Außenbereich	
1.12 Schieberollstühle	
– Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
1.13 Treppenfahrzeuge	
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	HMV-Nummer
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
– Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
– Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
– Duschwagen	51.45.01.2000-2999
– Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
– Hygienesitze	51.45.01.4000-4999
Hilfsmittel*:	
2.3 Badewannenlifter	
– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
– Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
2.4 Badewanneneinsätze	
– Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
– Badeliegen	04.40.04.1000-1999
2.5 Badewannensitze	
– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6 Duschhilfen	
– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
2.7 Toilettensitze	
– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
– Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
2.8 Toilettenstützgestelle	
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
– Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9 Toilettenstühle	
– Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
– Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
2.11 Toilettenrollstühle	
– Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
2.12 Duschrollstühle	
– Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität	HMV-Nummer
3.1 Notrufsysteme	
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
3.2 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung	
– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
3.3 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

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	HMV-Nummer
4.1 Lagerungsrollen	
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
4.2 Lagerungskeile	
– Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999
4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung	
– Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
4.4 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*:	
5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen	
– Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
– Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
– Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
– Rechteckvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.3000-3999
– Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.4000-4999
– Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.30.5000-5999
5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen	
– Netzhose Größe 1 / Netzhose Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6 Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)	
– Inkontinenzwindelhosen / Inkontinenzunterhosen	15.25.31.0001-8999
5.7 Externe Urinalableiter	
– Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
5.8 Urin-Beinbeutel	
– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
5.9 Urin-Bettbeutel	
– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
5.10 Zubehör für Auffangbeutel	
– Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
– Halterungen / Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
– Halterungen / Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Ergänzende Informationen zu Ihrer substitutiven Krankenversicherung

Diese ergänzende Information betrifft ausschließlich die substitutive Krankenversicherung, d. h. eine Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung eines Versicherungsvertrages fallen Kosten an, die durch entsprechende Beitragsanteile gedeckt werden. Die Höhe dieser Kosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

Beitragsentwicklung in der Zukunft

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten auf der ganzen Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat, wie andere wünschenswerte Güter und Dienstleistungen auch, ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard ist einer der Gründe dafür, dass die Ausgaben für die Gesundheit in den vergangenen Jahren wesentlich stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten angestiegen sind.

Die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung sind so kalkuliert, dass sie unter der Annahme gleichbleibender Bedingungen für jeden Versicherten für die Gesamtdauer der Versicherung gelten.

Die Kalkulation sieht vor, dass zunächst nur ein Teil des Beitrags zur Deckung der Krankheitskosten verwendet wird. Zu Beginn der Versicherung wird der Anteil, der nicht zur Deckung der durchschnittlichen Krankheitskosten einer Gruppe gleichaltriger Versicherter verwendet wird, kollektiv angespart und verzinst.

Das Kapital, das hieraus gebildet wird, nennt man Alterungsrückstellung. Hieraus werden Gelder entnommen, wenn der Versicherte ein Alter erreicht hat, in dem sein effektiv gezahlter Beitrag nicht mehr ausreicht, um seine durchschnittlichen Krankheitskosten zu decken.

Die Alterungsrückstellung dient dazu, die Beiträge auch bei gestiegener Inanspruchnahme von Leistungen wegen Älterwerdens des Versicherten stabil zu halten. Damit erhöht sich der Beitrag also nicht wegen des Älterwerdens.

Steigt das Niveau der Gesundheitskosten im Markt, z. B. durch neue Behandlungsmethoden, Inflation der Preise für ärztliche Versorgung oder steigenden Medikamentenkonsum, entsteht bei den Versicherungsträgern ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf, der durch die vorhandene Alterungsrückstellung nicht gedeckt wird.

Um die vertraglichen Leistungen auf Dauer zu gewährleisten, überprüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. jährlich, ob die tatsächlichen Aufwendungen für Krankheitskosten noch den kalkulierten entsprechen. Ergibt diese Gegenüberstellung einen dauerhaften zusätzlichen Finanzierungsbedarf, kann dieser durch Beitragserhöhungen gedeckt werden. Dabei wird der bisherige Beitrag um einen Zusatzbeitrag zum erreichten Alter des Versicherten erhöht.

Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter

Durch die einkalkulierten Sicherheiten und die Kapitalanlage (Alterungsrückstellung) erwirtschaften wir Überschüsse, die wir unseren Mitgliedern fast vollständig zukommen lassen. So garantieren wir, dass von den Zinsüberschüssen der Alterungsrückstellung unserer Kunden 90 % alljährlich unseren Mitgliedern zugute kommen.

Die Hälfte davon bekommt jeder Versicherte entsprechend seinem Anteil an der gesamten Alterungsrückstellung. Die andere Hälfte verwenden wir beitragsbegrenzend für die Versicherten, die bereits heute 65 und älter sind. Dieses Aufteilungsverhältnis ist bis zum Jahr 2025 einer gesetzlichen Verschiebung zugunsten des individuellen Teils unterworfen.

Für Neuverträge in der Krankheitskostenvollversicherung ist seit dem 01.01.2000 der 10 %ige gesetzliche Zuschlag (§ 149 VAG) zur Beitragsentlastung im Alter zu vereinbaren.

Dieser Zuschlag ist von allen versicherten Personen zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr zu zahlen. Er wird verzinslich angesammelt und dient der Finanzierung notwendiger Beitragsanpassungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres nicht verbrauchte Mittel werden zur individuellen Beitragssenkung des Versicherten verwendet.

Tarifwechsel
Sofern der erstmalige Vertragsabschluss der Krankheitskostenvollversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. bis zum 31.12.2008 erfolgte, können Sie unter den in § 257 Abs. 2a SGB V (in der Fassung bis zum 31.12.2008) beschriebenen Voraussetzungen in den Standardtarif für ältere Versicherte wechseln.

Ab 1. Januar 2009 besteht die Möglichkeit, gemäß der in § 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Voraussetzungen, in den Basistarif zu wechseln.

Die Leistungen dieser Tarife entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenkasse.

Bei einem Wechsel in den Standard- bzw. Basistarif bei demselben Unternehmen wird die Altersrückstellung der bisherigen Tarife vollständig angerechnet.

Weitere Informationen zu Tarifwechselmöglichkeiten finden Sie in den §§ 1 und 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wechsel zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV ist in der Regel im fortgeschrittenen Alter, insbesondere ab einem Alter von 55 Jahren, nicht mehr möglich.

Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Der Wechsel zu einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung kann in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Standard- oder Basistarif beschränkt sein.

Umstellung in den Notlagentarif

Zum 1. August 2013 ist das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung durch Beitragsschulden in der Krankenversicherung" in Kraft getreten. Dieses beinhaltet u. a. den brancheneinheitlichen Notlagentarif. In diesem Tarif werden alle Personen eines Krankenversicherungsvertrages solange versichert, wie der Vertrag wegen Nichtzahlung der Beiträge ruht.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Übersicht über die Beitragsentwicklung

Informationen nach § 3 Informationspflichten-Verordnung

Sie sind bereits über den aktuellen Beitrag Ihrer Krankenversicherung informiert. Dieser Beitrag ist, sofern es sich z. B. nicht um Kinder/Jugendliche bzw. Ausbildungstarife handelt, mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Hierdurch gewährleisten wir, dass sich der von Ihnen zu zahlende Betrag bei gleichbleibenden Verhältnissen im Gesundheitswesen nicht mit steigendem Alter verändern wird. Dies entspricht aber nicht der Realität, denn die Verhältnisse im Gesundheitswesen variieren erheblich.

Gründe hierfür sind in erster Linie
- der medizinische Fortschritt
- die steigende Lebenserwartung
- das stärkere Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung
- der steigende Anspruch an die medizinische Versorgung

Wichtig für Sie ist:
In der privaten Krankenversicherung besteht kein Recht des Versicherers zur ordentlichen Kündigung von Verträgen. Dies beinhaltet die Gewissheit für die Versicherten, unabhängig vom Gesundheitszustand, ihr Leben lang auf den Krankenversicherungsschutz vertrauen zu können.

Aufgrund der veränderten Verhältnisse müssen die Versicherer zumindest einmal jährlich ihre Beiträge überprüfen und ggf. anpassen. Würde dies unterbleiben, wäre der Zeitpunkt, an dem die ständige Erfüllbarkeit der vertraglich vereinbarten Leistungszusagen nicht mehr gegeben wäre, leicht abzusehen.

Schon seit Jahrzehnten, aber insbesondere in den letzten Jahren, steigen die Kosten im Gesundheitswesen in einem permanenten, dynamischen Prozess schneller als Renten, Gehälter und die Kosten der Lebenshaltung.

Zu beachten ist dabei, dass der vereinbarte Versicherungsschutz immer höherwertiger und wertvoller wird, da er Leistungen einschließt, die früher gar nicht oder nur vereinzelt existierten. Durch den medizinischen Fortschritt wird die medizinische Versorgung, an die durch das gestiegene Gesundheitsbewusstsein auch höhere Anforderungen zur Verbesserung der Lebensqualität gestellt werden, stetig verbessert. Beispielsweise kostet die inzwischen schon fast routinemäßig angewendete Kernspintomographie im Einzelfall 1.000 EUR oder mehr. Vor wenigen Jahren gab es sie noch gar nicht, so wie auch viele andere moderne Verfahren, durch die gerade älteren Menschen eine bessere Behandlung von Erkrankungen ermöglicht wird.

Zudem entstehen durch die moderne Apparatemedizin gerade in den letzten Lebensjahren überproportionale Kosten. Da diese Leistungen bisher nicht in der Höhe einkalkuliert werden konnten, sind dafür natürlich auch Alterungsrückstellungen zu bilden. Diese sind so zu dotieren, dass die dauernde Erfüllbarkeit der abgegebenen Leistungszusagen gegeben ist.

Dies alles führt auch zu der erfreulichen Tatsache, dass die Lebenserwartung insgesamt in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Privat Krankenversicherte werden im Durchschnitt sogar noch deutlich älter als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Für die Private Krankenversicherung bedeutet eine steigende Lebenserwartung jedoch, dass für einen längeren als den bisher kalkulierten Zeitraum Leistungen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die Einbeziehung aktueller Sterbetafeln sichert so die ausreichende Vorsorge für das Alter durch angemessen kalkulierte Alterungsrückstellungen, gerade für die heute noch jüngeren Versicherten. Die steigende Lebenserwartung bedeutet also mehr Vorsorge durch höhere Alterungsrückstellungen für die Zukunft, diese sind aber nur durch höhere Beiträge zu finanzieren.

Die dargestellten Beiträge beschränken sich auf den monatlichen Grundbeitrag des ausgewählten Krankheitskostentarifes. Mögliche Sonderbedingungen (Ausbildungstarife, Anwartschaften) bzw. besondere Zu- und Abschläge (z. B. Risikozuschlag, gesetzlicher Vorsorgezuschlag) werden nicht berücksichtigt. Zum Beitragsentlastungstarif sowie zu Pflegetagegeldern erfolgt keine Darstellung. Zu anderen Tagegeldern werden feste Stufen ausgewiesen.

Den nachfolgenden Beitragsübersichten können Sie entnehmen, wie sich die Beiträge für Personen entwickelt haben, die vor 10 Jahren im Alter von 35 Jahren die von Ihnen gewählte(n) Tarife/Tarifkombinationen abgeschlossen haben.

Männer, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR (Bisex)

Tarif	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Classic	136,63	136,63	136,63	166,00	184,08	196,93	196,93	207,65	207,65	211,81
Classic ++	184,12	184,12	184,12	215,14	242,24	262,24	262,24	269,96	269,96	282,48
Esprit	253,40	253,40	280,24	280,24	319,96	319,96	319,96	319,96	319,96	401,12
Esprit X	229,64	229,64	229,64	229,64	289,64	289,64	289,64	329,64	329,64	337,51
Esprit M	211,11	211,11	211,11	211,11	211,11	257,31	257,31	295,56	323,43	323,43
Esprit MX	180,43	180,43	180,43	180,43	219,64	219,64	219,64	259,64	259,64	316,32
Comfort	313,46	313,46	313,46	363,90	392,32	392,32	392,32	392,32	392,32	458,42
Comfort +	329,20	329,20	329,20	383,61	413,37	413,37	413,37	413,37	413,37	499,62
Profi S	155,67	180,67	211,50	211,50	211,50	211,50	211,50	224,15	224,15	289,04
H 25	6,93	6,93	6,93	6,93	6,93	6,43	6,43	6,43	6,40	6,40
pro 008v / 85	83,98	74,12	74,12	74,12	74,12	74,12	74,12	75,10	61,24	61,24
pro 015v / 85	55,76	53,33	53,33	53,33	53,33	53,33	53,33	50,27	41,34	41,34
pro 022v / 85	40,04	36,17	36,17	36,17	36,17	36,17	36,17	37,44	31,19	31,19
pro 029v / 85	29,58	27,00	27,00	27,00	27,00	27,00	27,00	27,18	22,13	22,13
pro 043v / 85	22,61	20,12	20,12	21,62	21,62	21,62	21,62	21,24	19,69	19,69
pro 064v / 85	16,58	14,53	14,53	15,98	15,98	15,98	15,98	15,88	15,10	15,10
pro 085v / 85	12,16	10,53	10,53	11,58	11,58	11,58	11,58	11,67	11,30	11,30
pro 092v / 85	11,05	9,51	9,51	10,46	10,46	10,46	10,46	10,56	10,21	10,21
pro 106v / 85	10,12	8,83	8,83	9,71	9,71	9,71	9,71	9,61	9,36	9,36
pro 127v / 85	8,84	7,81	7,81	8,43	8,43	8,43	8,43	8,18	8,04	8,04
pro 183v / 85	6,12	5,68	5,68	5,40	5,40	5,40	5,40	4,96	4,96	4,96
pro 274v / 85	3,91	3,31	3,31	3,25	3,25	3,25	3,25	3,33	3,33	3,33
pro 365v / 85	2,55	2,04	2,04	2,09	2,09	2,09	2,09	2,29	2,29	2,29

Männer, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR (Bisex) - Fortsetzung

Tarif	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
pro 008 / 85	188,53	164,47	164,47	164,47	164,47	164,47	164,47	167,22	145,51	145,51
pro 015 / 85	125,04	118,30	118,30	118,30	118,30	118,30	118,30	111,81	98,86	98,86
pro 022 / 85	89,76	80,16	80,16	80,16	80,16	80,16	80,16	83,16	74,69	74,69
pro 029 / 85	66,22	59,70	59,70	59,70	59,70	59,70	59,70	60,31	52,65	52,65
pro 043 v85	38,76	38,76	38,76	39,45	39,45	39,45	39,45	43,39	42,48	42,48
pro 046 / 85	37,06	37,06	37,06	37,79	37,79	37,79	37,79	41,56	40,76	40,76
pro 064 / 85	28,31	28,31	28,31	29,29	29,29	29,29	29,29	32,21	32,09	32,09
pro 085 / 85	20,83	20,83	20,83	21,87	21,87	21,87	21,87	24,05	24,05	24,05
pro 092 / 85	18,79	18,79	18,79	19,87	19,87	19,87	19,87	21,85	21,85	21,85
pro 106 / 85	17,17	17,17	17,17	17,78	17,78	17,78	17,78	19,55	19,55	19,55
pro 127 / 85	14,96	14,96	14,96	15,01	15,01	15,01	15,01	16,51	16,51	16,51
pro 183 / 85	10,46	10,46	10,46	9,66	9,66	9,66	9,66	10,07	10,07	10,07
pro 274 / 85	6,63	6,63	6,63	5,82	5,82	5,82	5,82	6,40	6,40	6,40
pro 365 / 85	4,17	4,17	4,17	3,49	3,49	3,49	3,49	3,83	3,83	3,83

Frauen, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR (Bisex)

Tarif	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Classic	183,90	183,90	192,31	217,63	217,63	227,05	227,05	220,63	220,63	229,07
Classic ++	241,13	241,13	260,13	290,25	290,25	316,23	316,23	297,15	297,15	308,91
Esprit	380,25	380,25	380,25	380,25	404,77	404,77	404,77	404,77	430,02	481,08
Esprit X	338,90	338,90	338,90	338,90	338,90	383,58	383,58	383,58	383,58	437,99
Esprit M	311,96	311,96	311,96	311,96	332,24	332,24	332,24	332,24	357,22	399,35
Esprit MX	272,89	272,89	272,89	272,89	272,89	298,14	298,14	298,14	298,14	358,92
Comfort	399,56	399,56	430,30	430,30	437,24	437,24	437,24	437,24	437,24	482,60
Comfort +	423,20	423,20	455,91	455,91	462,95	462,95	462,95	462,95	462,95	511,16
Profi S	190,04	190,04	223,86	251,59	251,59	239,60	239,60	239,60	241,49	254,31
H 25	6,50	6,50	6,50	6,50	6,50	6,44	6,44	6,44	6,33	6,33
pro 008v / 85	122,15	122,15	122,07	122,07	122,07	122,68	122,68	122,68	119,19	119,19
pro 015v / 85	86,96	86,96	74,04	74,04	74,04	80,88	80,88	80,88	80,85	80,85
pro 022v / 85	65,20	65,20	54,52	54,52	54,52	59,34	59,34	59,34	59,34	59,34
pro 029v / 85	47,26	47,26	42,10	42,10	42,10	42,97	42,97	42,97	40,29	40,29
pro 043v / 85	27,88	27,88	27,88	29,59	33,14	36,45	36,45	36,45	28,02	28,02
pro 064v / 85	23,21	23,21	23,21	22,82	25,53	28,08	28,08	28,08	21,34	21,34
pro 085v / 85	19,21	19,21	19,21	17,47	19,52	21,47	21,47	21,47	16,02	16,02
pro 092v / 85	18,11	18,11	18,11	16,05	17,94	19,73	19,73	19,73	14,60	14,60
pro 106v / 85	17,43	17,43	17,43	14,29	15,85	17,43	17,43	17,43	13,16	13,16
pro 127v / 85	16,49	16,49	16,49	12,01	13,15	14,46	14,46	14,46	11,16	11,16
pro 183v / 85	14,28	14,28	14,28	7,55	8,03	8,83	8,83	8,83	7,20	7,20
pro 274v / 85	7,74	7,74	7,74	4,57	4,89	5,37	5,37	5,37	4,64	4,64
pro 365v / 85	4,25	4,25	4,25	2,87	3,03	3,33	3,33	3,33	3,03	3,03
pro 008 / 85	164,05	164,05	164,05	164,05	164,05	174,21	174,21	174,21	172,41	172,41
pro 015 / 85	116,62	116,62	102,29	102,29	102,29	112,51	112,51	112,51	112,51	112,51
pro 022 / 85	87,38	87,38	75,40	75,40	75,40	82,94	82,94	82,94	82,94	82,94
pro 029 / 85	63,33	63,33	58,18	58,18	58,18	62,49	62,49	62,49	59,65	59,65
pro 043 / 85	35,62	35,62	35,62	39,18	43,88	48,26	48,26	53,08	51,06	51,06
pro 046 / 85	34,68	34,68	34,68	38,14	42,71	46,98	46,98	51,67	49,51	49,51
pro 064 / 85	29,58	29,58	29,58	31,24	34,98	38,47	38,47	42,31	39,29	39,29
pro 085 / 85	24,57	24,57	24,57	24,07	26,95	29,64	29,64	32,60	28,98	28,98
pro 092 / 85	23,04	23,04	23,04	22,05	24,69	27,15	27,15	29,86	26,12	26,12
pro 106 / 85	22,19	22,19	22,19	19,61	21,96	24,15	24,15	26,56	23,64	23,64
pro 127 / 85	21,00	21,00	21,00	16,49	18,29	20,11	20,11	22,12	20,12	20,12
pro 183 / 85	18,19	18,19	18,19	10,35	11,16	12,27	12,27	13,49	13,09	13,09
pro 274 / 85	9,86	9,86	9,86	6,30	6,78	7,45	7,45	8,19	8,19	8,19
pro 365 / 85	5,44	5,44	5,44	3,95	4,27	4,69	4,69	5,15	5,15	5,15

Die dargestellte Beitragsentwicklung berücksichtigt, wie bereits erläutert, nicht nur die gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen, sondern daneben auch die höhere Dotierung der Alterungsrückstellungen durch höherwertige Leistungen und die gestiegene Lebenserwartung. Diese Effekte tragen nicht unerheblich zu der Beitragsentwicklung bei.

Übrigens: Bis zu 50 % der von Ihnen eingezahlten Beiträge sind für Ihre Altersvorsorge bestimmt.

Zusätzlich resultieren Beitragsveränderungen auch aus gesetzgeberischen Vorgaben, wie z. B. im Jahr 2008 die Änderungen im Rahmen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes sowie im Jahr 2012 die Umstellung auf eine geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation. Bitte beachten Sie, dass wir auf daraus resultierende Erhöhungen keinen Einfluss haben.

Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie die abgebildete Beitragsentwicklung nicht auf die Zukunft übertragen können, da ja jährlich erneut zu prüfen ist, inwiefern ein Anpassungsbedarf gegeben ist.

Auch wenn zukünftig nicht von einer entsprechenden Entwicklung Ihrer Krankenversicherungsbeiträge ausgegangen werden kann, können Sie sicher sein, dass wir bereits Maßnahmen ergriffen haben, die die zukünftige Entwicklung der Beiträge positiv beeinflussen werden. Schließlich ist unser und Ihr vorwiegendes Interesse, dass die Kosten im Gesundheitswesen gedämpft bzw. Kostensteigerungen in Grenzen gehalten werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Versicherungsbeiträge, sowohl für unsere heutigen wie auch für unsere künftigen Kunden, bezahlbar bleiben.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung

Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 41 24-79 69
Telefax: +49 (0)40 41 24-76 78
E-Mail: Service@DeutscherRing-Kranken.de
Internet: http://www.DeutscherRing-Kranken.de

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 118618342
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4673

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. wird vertreten durch den Vorstand:
Ulrich Leitermann (Vorsitzender),
Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk,
Dr. Stefan Kutz, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Reinhold Schulte

Sicherungsfonds

Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung wurden übertragen an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Mahngebühren

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir bei der ersten Mahnung eine Gebühr in Höhe von 2,50 EUR und bei der zweiten Mahnung zusätzlich 5,00 EUR.

Beitragsnachlass

Bei jährlicher Zahlungsweise wird ein Beitragsnachlass von zurzeit 1 % gewährt; dies gilt nicht für den Tarif PflegeBAHR.

Beendigung des Vertrages

Sie können die Versicherung nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Weitere Informationen finden Sie in den §§ 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in den §§ 17, 18 und 19 der AVB für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung bzw. in den AVB des jeweils gewählten Tarifs.

Vertragssprache

Die Ihren Vertrag betreffenden Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

Der Vermittler - Ihr Berater - und die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den

Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unter der Rufnummer

+49 (0)40 41 24-79 79 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch an den

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

wenden, sofern nicht bereits bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder bei Gericht eine Klärung herbeigeführt wird/wurde. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Bei Beschwerden können Sie sich auch direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(Stand 1.1.2017)

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Stand 01/2017 wiedergegeben.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung
(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht
(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.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers
Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers
(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht
(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem 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.

§ 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.

Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung
(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. ...

§ 153 Notlagentarif
(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht
(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird
1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

§ 37 Häusliche Krankenpflege
(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht 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 mit mindestens Pflegegrad 2 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.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –
(in der Fassung bis zum 31.12.2008)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte
(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 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,

...

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 35 Regelaltersrente
Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie
1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:
1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

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 mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

§ 35 Pflegezulage
(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 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 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 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, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflegepflichtversicherung

(Stand 1.1.2017)

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Stand 01/2017 wiedergegeben.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 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 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 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, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für
1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 Pflichtversicherte
(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig
1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne daß ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn
   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindesthöhe um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und
   b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,
4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,
5. Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,
6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

§ 9 Betriebshilfe
(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, daß Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen ist § 6 Absatz 1 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf
1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld
(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge
(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III)
– Arbeitsförderung –

§ 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, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)
3a. (weggefallen)
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. 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,
2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,
2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung 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 Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung 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
   1. der oder des Erziehenden,
   2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
   3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

   Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 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 Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) (weggefallen)

§ 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 Bezieherinnen oder 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,
5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,
5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,
6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,
6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten
Die Beiträge werden getragen
1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
   a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
   b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
   c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (weggefallen)
10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine
   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
   b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
   c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige
(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, daß der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegetätigkeit geleistet oder das Pflegeunterstützungsgeld 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.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV)
– Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit
(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalender-jahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat 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.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 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 berechtigtes 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.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht 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 mit mindestens Pflegegrad 2 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.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das

zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,
a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die
1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen
3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen
1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und Satz 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 290 Krankenversichertennummer
(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die 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. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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 § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –
(in der Fassung bis zum 31.12.2016)

§ 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; dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,
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, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die

höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 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 Leistungen an Nichtselbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei 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 zugrundeliegende 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. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 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,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege 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, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt

versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 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 Leistungen an Nichtselbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei 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 zugrundeliegende 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. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 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,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer
1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer des Elften Buches
   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
   a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
   a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzustellen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (wird aufgehoben)

§ 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-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,
   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
   c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
   d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
   e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
      aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
      bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,
      cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
   b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
   c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer oder sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)
– Gesetzliche Unfallversicherung –

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld
(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass
1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX)
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

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

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Soziale Pflegeversicherung –

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität
Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Model 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: 2 Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12; die Ausprägungen der Kriterien 4.1 - 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3

4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urestoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.
Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnah-men pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			

5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik
(Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungs-management nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

§ 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 (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, 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 Kriegsopferfürsorge 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 Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

§ 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 selbstständig 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 450 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 Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligen-

dienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,

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 (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) 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 Beitrittserklärung 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.

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 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. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach

§ 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,55 Prozent 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).

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung
(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder
1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens
1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen), sowie
2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn
1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für
1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

§ 84 Bemessungsgrundsätze
(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegesatzverfahren
(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass
1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung
(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen
(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 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 Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung
(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und daß die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 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 Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 Satz 1 oder 3 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 § 152 Absatz 4 Satz 2 oder 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 3 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.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII)
– Sozialhilfe –

§ 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.

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

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten
(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 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.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen
(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen
(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind
1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind
1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht
(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem 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.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,
1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

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 mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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

Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)

§ 1 Entwicklungshelfer
(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer
1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens zwei Jahren vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement
(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung - KVAV)

§ 14 Übertragungswert
(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

(Stand Januar 2016)

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

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen 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.

Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

- SIGNAL Krankenversicherung a. G. *
- IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe *
- SIGNAL Unfallversicherung a. G. *
- Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. *
- SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG *
- SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG *
- PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft *
- ADLER Versicherung AG *
- SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG *
- DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG *
- DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft
- HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH
- SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
- SIGNAL IDUNA Bauspar AG
- SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG

Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe *) beauftragten Dienstleister

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer / Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und bei stationärer Heilbehandlung	ja
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst	ja
	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherungen mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
SIGNAL Krankenversicherung a. G. Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH**, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
	MedX GmbH**, Hamburg	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Pro Claims Solutions GmbH	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja
	Assisteur AVUS	Unterstützung bei Todesfällen im Ausland	ja
	Swiss Post Solutions GmbH**	Unterstützung in der Antrags-/Vertragsbearbeitung	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise-Assistance	Erbringung med. Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

b) in Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen	ja
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen**, Adressermittler**	Recherchen, Auskünfte	nein
	Ärzte**, Gutachter**, Dolmetscher**	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja
	Assisteure**, Reha-Dienste**	Erbringung Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Telefonischer Kundendienst	Telefonische Entgegennahme von Kundenanliegen	ja
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein
	Inkassounternehmen**	Realisierung von titulierten Forderungen	nein
	Rechtsanwaltskanzleien**	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
	Detekteien**	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Rückversicherer**	Begutachtungen (von Servicevorlagen), Unterstützungsleistungen	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, ADLER Versicherung AG	Assekuradeure**	Antrags-/Vertragsbearbeitung, Inkasso, Schadenbearbeitung	ja

** Funktionsübertragung: Diese liegt vor, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten an einen Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt werden. Die Übermittlung unterbleibt nach Widerspruch des Betroffenen und Prüfung, wenn das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Satzung

(Stand August 2016)

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1

1 Name
Die Firma des Vereins lautet: DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

2 Sitz
Der Sitz des Vereins ist Hamburg-Mitte.

§ 2 Zweck

Der Verein betreibt die Krankenversicherung jeder Art einschließlich der Pflegepflichtversicherung für die Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit und im Nebenbetrieb auch für Nichtmitglieder gegen feste Prämie bis zu einem Zehntel der gesamten Beitragseinnahme sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art.

Der Verein kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen, die Geschäfte anderer Krankenversicherungsunternehmen fortführen und sich an anderen Wirtschaftsunternehmen beteiligen sowie Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträge vermitteln.

§ 3 Geschäftsgebiet

Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 4 Gerichtsstand

Klagen gegen den Verein können bei dem Gericht am Sitz des Vereins oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk das Vereinsmitglied zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Für alle gesetzlichen und vertraglichen Rechte und Ansprüche des Vereins gegenüber seinen jeweiligen und ausgeschiedenen Mitgliedern ist das Gericht am Sitz des Vereins zuständig, wenn das Mitglied keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn es nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 5 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Vereins erfolgen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigeblatt.

2. Abschnitt: Mitgliedschaft

§ 6 Beginn und Ende

Vereinsmitglied wird, wer ein Versicherungsverhältnis nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit begründet. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im ersten Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung und endet, wenn alle Versicherungsverhältnisse auf Gegenseitigkeit eines Mitgliedes erloschen sind. Sie endet ferner mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Vereins, jedoch kann der Vorstand Ausnahmen zulassen.

§ 7 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im Voraus zu zahlende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Versicherungsbedingungen und in den Tarifen geregelt sind.

Nachschüsse können nur unter den Voraussetzungen der §§ 11 Ziff. 5 und 14 Abs. 1 erhoben werden.

3. Abschnitt: Organe

§ 8 Vorstand

1 Bestellung
Der Vorstand wird vom Aufsichtsrat bestellt. Er besteht aus mindestens 2 Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorsitzenden des Vorstandes ernennen.

2 Aufgaben und Befugnisse
Die Aufgaben und Befugnisse des Vorstandes bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen (einschließlich der Tarife) für die Versicherungsverhältnisse der Mitglieder einzuführen oder zu ändern.

Der Verein wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

Die Beschlüsse des Vorstandes werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Sofern der Vorstand aus mehr als zwei Mitgliedern besteht, gibt bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 9 Aufsichtsrat

1 Wahl
Der Aufsichtsrat besteht bis zum Ablauf der im Jahr 2017 stattfindenden ordentlichen Vertreterversammlung aus achtzehn Personen, nach diesem Zeitpunkt aus zwölf Personen. Für die Zusammensetzung des Aufsichtsrates und für die Wahl seiner Mitglieder gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Sofern nicht die Vertreterversammlung bei der Wahl eine kürzere Amtszeit festlegt, erfolgt die Wahl für einen Zeitraum, der bis zur Beendigung der Vertreterversammlung dauert, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.

Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vorzeitig aus und tritt nicht an seine Stelle ein Ersatzmitglied, so soll ein neues Mitglied gewählt werden. Es wird für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Aufsichtsratsmitgliedes gewählt.

Jedes Aufsichtsratsmitglied ist berechtigt, jederzeit auch ohne wichtigen Grund sein Amt durch Erklärung an den Vorstand niederzulegen.

Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und bis zu zwei Stellvertreter. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder an der Beschlussfassung teilnimmt. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit, soweit nicht ein Gesetz oder diese Satzung eine andere Mehrheit vorsehen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Willenserklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates von dem Vorsitzenden abgegeben; wenn dieser verhindert ist, von seinem Stellvertreter.

2 Aufgaben und Befugnisse
Die Aufgaben und Befugnisse des Aufsichtsrates bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Die Zustimmung des Aufsichtsrates ist erforderlich zur Errichtung und Auflösung von Zweigniederlassungen, die in das Handelsregister eingetragen werden sollen bzw. eingetragen sind.

Zu den Aufgaben des Aufsichtsrates gehören auch:

- die Mitwirkung bei der Verwendung und Anlegung des Vermögens, soweit die Vermögensanlagen durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,

Vornahme von Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen oder soweit die Aufsichtsbehörde Abänderungen der von der Vertreterversammlung beschlossenen Änderungen oder Ergänzungen verlangt,

die Mitwirkung bei der Behandlung von Beschwerden der Mitglieder.

3 Vergütungen
Die Aufsichtsratsmitglieder erhalten außer dem Ersatz angemessener Reisekosten eine durch die Vertreterversammlung festzusetzende Vergütung. Mit der Vergütung für ihre Tätigkeit werden zugleich ihre sonstigen Aufwendungen abgegolten; auf die Vergütung entfallene Umsatzsteuer wird zusätzlich erstattet. Die den Aufsichtsratsmitgliedern für ihre Tätigkeit gewährte Vergütung darf insgesamt 1 vom Tausend des Beitragsaufkommens in dem Geschäftsjahr nicht übersteigen, für das die Vergütung gewährt wird.

§ 10 Vertreterversammlung

1 Zusammensetzung und Wahl der Mitgliedervertreter
Die Vertreterversammlung ist das oberste Organ des Vereins.

Die Vertreterversammlung besteht aus mindestens 20, höchstens 36 Vertretern der Mitglieder. Die Vertreterversammlung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl erhöhen.

Wählbar ist jede volljährige natürliche Person, die Mitglied ist und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet. Von der Wahl ausgeschlossen sind Mitglieder, die gleichzeitig dem Vorstand oder dem Aufsichtsrat des Vereins angehören.

Die ordentliche Amtszeit der Mitgliedervertreter beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit der Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung (§ 10.2). Die Mitgliedervertretung besteht aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 5 bis 9 Mitgliedervertretern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.

Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliedervertreters darf insgesamt höchstens 12 Jahre betragen.

Das Amt erlischt
a) durch freiwilligen Rücktritt,
b) durch Eintritt eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes,
c) bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Mitgliedervertreters.

Erlischt das Amt eines Mitgliedervertreters gemäß Absatz 6, so kann die Mitgliedervertretung einen Nachfolger für den Rest der Amtszeit des Ausgeschiedenen wählen. In allen anderen Fällen bestimmt die Mitgliedervertretung die Amtszeit, die so zu bemessen ist, dass die in Absatz 4 vorgesehene Regelung laufend eingehalten werden kann.

Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Vertreterversammlung entsprechend berücksichtigt werden.

(Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen des § 10.1).
Die Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter endet abweichend vom bisherigen § 10.1 Absatz 6 Satz 2 mit dem Ende der in 2012 stattfindenden Vertreterversammlung. Die bestehende Vertreterversammlung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Vertreterversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 8 auf die nach Absatz 4 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 4 Satz 4 erstmals
a) für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung.

Für die nach Absatz 5 vorzunehmende Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliedervertreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

2 Einberufung
Die Versammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Organisations- oder Gebietsdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt. Außerordentliche Vertreterversammlungen sind - außer in den gesetzlich vorgesehenen Fällen - einzuberufen, wenn es wenigstens 14 Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangen.

Die Einberufung erfolgt in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise. Darüber hinaus sind die Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe der Tagesordnung und der Vorschläge zu den Gegenständen der Tagesordnung spätestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuladen. Für die Ordnungsmäßigkeit der Einberufung genügt die rechtzeitige Absendung der Einladungsschreiben.

3 Aufgaben und Befugnisse
Die Aufgaben und Befugnisse der Vertreterversammlung bestimmen sich nach Gesetz und Satzung. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Beschlussfassung über die Beseitigung von Fehlbeträgen und über die Erhebung von Nachschüssen.

Für die Mitgliedervertreter gelten die Verschwiegenheitspflichten von Vorstand und Aufsichtsrat entsprechend.

4 Sitzungen
Der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter leitet die Vertreterversammlung. Im Falle der Abwesenheit beider wählt die Versammlung unter der Leitung des an Lebensjahren ältesten anwesenden Mitgliedervertreters den Vorsitzenden aus dem Kreis der anwesenden Aufsichtsrats- und Vorstandsmitglieder.

Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit hat der Vorstand unverzüglich eine neue Vertreterversammlung einzuberufen. Die Vertreterversammlung ist dann ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig.

Im Übrigen kann die Vertreterversammlung ihre Geschäftsordnung selbst bestimmen.

Die Beschlüsse der Vertreterversammlung werden mit den in Gesetz und Satzung vorgeschriebenen Mehrheiten gefasst. Die Form der Abstimmung und die Reihenfolge der Gegenstände der Tagesordnung bestimmt der Vorsitzende der Versammlung unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze.

Soweit durch Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt sind und die Satzung nichts anderes vorschreibt, stehen sie einer Minderheit von wenigstens vier Mitgliedervertretern zu.

Für ihre Teilnahme an der Versammlung erhalten die Mitgliedervertreter Ersatz angemessener Reisekosten und ein vom Vorstand festzusetzendes Sitzungsgeld.

4. Abschnitt: Rechnungswesen

§ 11

1 Geschäftsjahr
Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

2 Vermögensanlagen
Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

3 Rückstellungen und Rücklagen
Der Verein hat in seinem Jahresabschluss die geschäftsplanmäßig vorgesehenen und alle sonst erforderlichen Rückstellungen einschließlich Steuerrückstellungen auszuweisen.

Von dem Überschuss nach Ertragsteuern, der nach Abzug der nach den gesetzlichen Vorschriften vorgenommenen Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verbleibt, ist ein Betrag von mindestens 25 % in die Verlustrücklage gemäß § 193 VAG einzustellen, bis diese einen Mindestbetrag von einem Sechstel der gebuchten Brutto-Beiträge erreicht oder nach Inanspruchnahme für Verlustdeckungen wieder erreicht hat. Zuweisungen zu der Verlustrücklage gemäß § 193 VAG über den Mindestbetrag hinaus bestimmt der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates.

Der dann noch verbleibende Überschuss ist der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Er kann stattdessen mit Zustimmung des Aufsichtsrates ganz oder teilweise in die anderen Gewinnrücklagen eingestellt werden.

4 Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Auf die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellten Beträge haben die Mitglieder einen Rechtsanspruch. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen.

Die Ausschüttung kann erfolgen als Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung der Beiträge als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Ausschüttung kann z. B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde dürfen im Interesse der Mitglieder in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstands, z. B. zur Verlustabdeckung, entnommen werden.

5 Deckung von Fehlbeträgen
Ergibt sich aus dem Jahresabschluss, dass die Einnahmen zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, so sind die für die Verlustdeckung geschäftsplanmäßig vorgesehenen Rückstellungen und die Rücklagen in Anspruch zu nehmen. Ist danach die gesetzliche Rücklage geringer als die Hälfte des Mindestbetrages, so sind alsbald die Tarife zu ändern.

Etwa erforderliche Nachschüsse zur Deckung entstehender Fehlbeträge sind jeweils nur bis zur Höhe eines Monatsbeitrages zu erheben. Die Erhebung von Nachschüssen ist gemäß § 12 Ziff. 2 bekannt zu geben. Ihre Einziehung erfolgt in gleicher Weise wie die der Beiträge.

5. Abschnitt: Änderung der Satzung

§ 12

1 Gegenstand der Änderung
Mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse können die Bestimmungen der Satzung über Name, Sitz und Zweck des Vereins, Geschäftsgebiet, Gerichtsstand, Bekanntmachungen, Beitragspflicht, Haftung für Vereinsverbindlichkeiten und Rechte am Vereinsvermögen, Leitung und Vertretung, Rechnungswesen sowie die Auflösung des Vereins geändert werden.

Soweit Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitswagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins wegen des Älterwerdens der versicherten Personen während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

2 Bekanntmachung
Änderungen der Satzung sind gemäß § 5 bekannt zu machen.

3 Inkrafttreten
Änderungen der Satzung treten mit der Eintragung in das Handelsregister in Kraft.

6. Abschnitt: Auflösung des Vereins

§ 13 Beschluss

Die Auflösung des Vereins findet statt, wenn in einer ausdrücklich zu diesem Zweck einberufenen außerordentlichen Vertreterversammlung eine Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden, mindestens jedoch von zwei Dritteln der amtierenden Mitgliedervertreter die Auflösung beschließt.

§ 14 Vermögensverteilung

Reicht nach der Auflösung das Vermögen zur Deckung der Verbindlichkeiten nicht aus, so wird ein Nachschuss erhoben, der einen Monatsbeitrag nicht übersteigen darf. Reicht auch dieser Nachschuss noch nicht aus, so tritt eine Kürzung der Versicherungsansprüche ein. Verbleibt ein Überschuss, so wird er an die Mitglieder, die dem Verein zur Zeit der Auflösung angehörten, im Verhältnis der in den letzten zwei Jahren gezahlten Beiträge verteilt.

An Stelle einer Verteilung des Vermögens kann der Versicherungsbestand in seiner Gesamtheit oder teilweise nach Maßgabe eines von der Aufsichtsbehörde zu genehmigenden Übernahmevertrages auf eine andere Versicherungsunternehmung übertragen werden.

§ 15 Gesetzliche Bestimmungen

Soweit diese Satzung keine ausdrückliche Regelung trifft, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 18.07.2016, Gesch.-Z. VA 11-I 5002-4013-2016/0001.

1349602 Jan17

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a.G.

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe
Neue Rabenstr. 15–19, 20354 Hamburg
Internet: www.DeutscherRing-Kranken.de
E-Mail: Service@DeutscherRing-Kranken.de