ARAG Krankenversicherung
Bedingungsheft Unisex

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I–III
Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Stand 10.2025

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehören zu welchem Tarif?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen setzen sich jeweils zusammen aus Teil I (Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (den zugehörigen Tarifbedingungen entfällt bei den Musterbedingungen der Privaten Pflege-Pflichtversicherung) sowie Teil III (Tarifbeschreibung). Für die Tarife BeihilfeBest, BeihilfeKlinik, BeihilfeEinbett und BeihilfeErgänzungBest besteht Teil III (Tarifbeschreibung) aus den Tarifübergreifenden Bestimmungen der Tarifbeschreibung (Teil III A.) und der jeweiligen Tarifbeschreibung im engeren Sinn (Teil III B.). Nicht in diesem Bedingungsheft enthalten sind etwaig vereinbarte Sonderbedingungen – mit Ausnahme der Besonderen Bedingungen der Beitragsentlastungskomponente BEK und der Besonderen Bedingungen für versicherte Personen in Ausbildung.

Welche Teile I und II für die von Ihnen gewählten Tarife gültig sind, entnehmen Sie der nachfolgenden Übersicht.

Tarife	**Teil I** **Teil II**	**MB/KK 2009** **TB/KK 2013**	**MB/KK 2009** **TB/KK 2019**	**MB/KT 2009** **TB/KT 2013**	**MB/KT 2009** **TB/KT 2019**
11		✓			
181–185		✓			
K		✓			
200–209		✓			
210, 2110, 211–217		✓			
21P70–21P90		✓			
220, 2210, 221–227		✓			
230, 2310, 231–237		✓			
240, 2410, 241–247		✓			
251–259		✓			
2710, 271–277		✓			
261, 262		✓			
281, 282		✓			
Z100, Z70		✓			
Z90Bonus		✓			
Z50/90		✓			
Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100		✓			
482		✓			
483		✓			
BJunior, KJunior		✓			
V100		✓			
FlexiPro		✓			
520, 5210, 521–529		✓			
540, 5410, 541–549		✓			
MedExtra			✓		
MedBest			✓		
MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S			✓		
MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L			✓		
BeihilfeBest			✓		
BeihilfeKlinik			✓		
BeihilfeEinbett			✓		
BeihilfeErgänzungBest			✓		
31–39				✓	
KTV21–KTV364					✓

Tarife	Teil I Teil II	MB/PPV 2025	MB/EPV 2017 TB/EPV 2013	MB/GEPV 2022 TB/GEPV 2014
PVN		✓		
PVB		✓		
68			✓	
69			✓	
PIN			✓	
PF				✓

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

Den Besonderen Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK liegen die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Grundversicherung zu Grunde.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 7

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013) 7

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013 28

Tarif 11: Krankenhaustagegeld-Versicherung 28

Tarif 181–183: Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung 28

Tarif 184, 185: Zahn-Zusatzversicherung 29

Tarif K: KomfortKlasse 30

Tarif 200–209: Ambulante Heilbehandlung 44

Tarif 210, 2110, 211–217: Ambulante Heilbehandlung 44

Tarif 21P70–21P90: Ambulante Heilbehandlung 44

Tarif 220, 2210, 221–227: Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer 45

Tarif 230, 2310, 231–237: Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse 45

Tarif 240, 2410, 241–247: Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer 46

Tarif 25: Krankheitskosten- und Beihilfe-Ergänzungsversicherung für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare) 46

Tarif 2710, 271–277: Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte 48

Tarif 261, 262: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung 49

Tarif 281, 282: Ergänzungstarife für GKV-Versicherte 50

Tarif Z100, Z70: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte 52

Tarif Z90Bonus: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte 53

Tarif Z50/90: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte 55

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte 56

Tarif 482: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte 59

Tarif 483: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte 61

Tarif BJunior, KJunior: Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche 64

Tarif V100: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte 67

Tarif FlexiPro: Optionstarif 68

Tarif 520, 5210, 521–529: Zahnkosten-Versicherung 70

Tarif 540, 5410, 541–549: Zahnkosten-Versicherung 70

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 71

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2019) 71

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019 94

Tarif MedExtra (ME0–ME1500): 94

Tarif MedBest (MB0–MB1500): 101

Tarif MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung 108

Tarif MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung 112

Tarifübergreifende Bestimmungen der Tarifbeschreibung (Teil III A. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019 116

Tarifbeschreibung (Teil III B. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019 118

Tarif BeihilfeBest: 118

Tarif BeihilfeKlinik: 122

Tarif BeihilfeEinbett: 123

Tarif BeihilfeErgänzungBest: 124

Besondere Bedingungen für versicherte Personen in Ausbildung 127

Besondere Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK 129

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 133

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2013) 133

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankentagegeld-Versicherung basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2013 148

Tarif 31–39: Krankentagegeld-Versicherungen 148

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 149

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2019) 149

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankentagegeld-Versicherung basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2019 167

Tarif KTV21–KTV364: Krankentagegeld-Versicherungen 167

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I) 169

Private Pflege-Pflichtversicherung 169

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 2025) Stand 1. Juli 2025 170

Zusatzvereinbarungen Stand 1. Juli 2025 186

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB 188

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) und sonstige Übergangsregelungen 193

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren 195

Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI 196

Gesetzesteil zur Privaten Pflege-Pflichtversicherung 200

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung 234

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung 238

Tarifbeschreibung für die Pflege-Pflichtversicherung 242

Tarif PVN, PVB: Pflege-Pflichtversicherung 242

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 243

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung Unisex (MB/EPV 2017 und TB/EPV 2013) 243

Tarifbeschreibung (Teil III) für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung basierend auf MB/EPV 2017 und TB/EPV 2013 263

Tarif 68: Pflegekosten-Versicherung 263

Tarif 69: Pflegetagegeld-Versicherung 264

Tarif PIN: Pflegetagegeld-Versicherung 265

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 268

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022 und TB/GEPV 2014) 268

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/GEPV 2022 und TB/GEPV 2014 288

Tarif PF: Geförderte ergänzende Pflegeversicherung 288

Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex 290

Ergänzende Unterlagen zum Antrag 296

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 296

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

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

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

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

(1) **Als Versicherungsfall gelten auch**

a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;

b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

(2) **In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.**

(3) **Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 5 genannten Staaten gleichgestellt.**

(4) **Versicherung für zahnärztliche Behandlung**
Der Abschluss einer Versicherung für zahnärztliche Behandlung ist nur für Personen möglich, für die beim Versicherer eine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung bereits besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird. Die Versicherung für zahnärztliche Behandlung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem für die versicherte Person keine Versicherung mehr für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht.

(5) **Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.**

(6) **Der Versicherer ermöglicht im Rahmen der gesetzlichen Regelungen innerhalb der Leistungsstufen der Komfort-Klasse (K0 bis K1500) sowie innerhalb der Leistungsstufen 200 bis 209, 210 und 21P70 bis 21P90 der Tarife für ambulante Heilbehandlung den flexiblen Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen ohne erneute Risikoprüfung. Im Falle einer Reduzierung des Selbstbehalts gelten die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.**

(7) **Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.**

(8) **In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.**

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II

(1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(2) Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

Teil II

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

(2) Für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. beträgt die Wartezeit drei Monate.

(3) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.

(4) In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.

(5) In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.
Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

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

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

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

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

(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.

Teil II

(1) Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

(2) Tarife für ambulante Heilbehandlung
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt. Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
   a) **In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.**
   b) **Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.**
   c) **Aus Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht, sind einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operation) bis zu 1.000 Euro je Auge erstattungsfähig.**
2. **Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.**
3. **Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.**
4. **Heilmittel wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.**
   Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.

5. Hilfsmittel
   a) Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen. Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Verlangen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
   Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.
   Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.
   Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.
   b) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten für Sehhilfen nachstehende Regelungen:
   Erstattungsfähig sind Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro und Brillengläser. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Sehstärke zumindest eines Auges seit dem letzten Bezug um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei gesondert betrachtet. Die Aufwendungen für Reparaturen sind ebenfalls erstattungsfähig.
   Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.
6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
   b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung.
   c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.
   d) Es sind die Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro erstattungsfähig. Die Beratung und Unterstützung der Mutter durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld ist in den ersten zehn Tagen nach der Geburt des Kindes versichert, wobei der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf insgesamt 500 Euro begrenzt ist. Ab dem elften Tag bis zu acht Wochen nach der Entbindung sind Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 Euro erstattungsfähig, wenn diese medizinisch notwendig sind. Es ist auf Verlangen des Versicherers eine ärztliche Begründung vorzulegen. Es werden nur Kostennoten auf Basis der jeweils gültigen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) akzeptiert.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen und approbierten Arzt bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
   Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
11. Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Vom Begriff der Behandlungspflege nicht erfasst werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.
    Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer und sind auf vier Wochen je Versicherungsfall befristet. Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
13. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.
    Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.
    Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.
    Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.
    Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.
    Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.
14. Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung (AHB) werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird. Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.
    Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
    Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.

(3) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefärzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.

5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
   b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.
   c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
   d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
    a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
    b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
    c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, oder
    d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte.
    e) eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.
    Gleiches gilt für Aufwendungen für eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.
    Dauert die Anschlussheilbehandlung oder die postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation länger als 21 Tage, bedarf es jeweils ab dem 22. Tag jeweils einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.
    Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
    Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Bei notwendigem stationärem Hospizaufenthalt wird die Leistung erbracht, die von der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland erbracht würde. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen begrenzt. Verlängerungen sind auf Antrag des Hospizarztes möglich. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

16. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4) Tarife für zahnärztliche Behandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
    a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
    b) prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose (jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr), Kariesvorbeugung durch lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung,
    c) konservierende Leistungen (zum Beispiel Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
    d) chirurgische Leistungen (zum Beispiel Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
    e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
    f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
    g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
    h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten.
    i) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
    a) Kronen und Teleskopkronen sowie Onlays,
    b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
    c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
    d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung),
    e) die zu den Leistungen gemäß 2 a) bis 2 d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
    f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
    Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5) Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.
2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen);

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

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

Teil II

(1) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

(2) Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.

(3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 e) entfällt.

(4) Anschlussheilbehandlungen fallen abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 14. und Absatz 3 Ziffer 13. Buchstabe e) geschilderten Rahmen in den Versicherungsschutz.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

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

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

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

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

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

Teil II

(1) Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.

(2) Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.

(3) Krankenhausausweis
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Absatz 6) insoweit nicht.

(4) Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten 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 Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

Teil II

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

(2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

(4) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(5) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

(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 be-

rücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

Teil II

(1)

1. **Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
2. **Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
3. **Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**

(2) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

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

Teil II

(1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

(2) Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

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

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

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absatz 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags (§ 195 Absatz 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

(3) Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.

(4) Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**

(6) **Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

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

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit gilt nicht für Krankheitskosten-Teilversicherungen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

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

Teil II

(1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.

(2) **Entsprechend § 1 Teil II Absatz 3 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 3 betroffenen Staaten.**

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder -Vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der

gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(...)

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(...)

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 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 des 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.

(...)

§ 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.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) (...)

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(...)

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

(1) (...)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

(...)

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif 11:
Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungen

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

Tarif 181–183:
Ambulante Heilbehandlung-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

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

2. Leistungen

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

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

Tarif	181	182	183
Erstattungsprozentsatz	30	60	0

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

3. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr gemäß folgender Tabelle:

Tarif	181	182	183
Selbstbehalt €	0	75	150

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

Tarif 184, 185:
Zahn-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.
Eine Versicherung nach Tarif 184 oder 185 ist nur möglich, wenn gleichzeitig einer der Tarife 181, 182 oder 183 abgeschlossen wird oder bereits besteht. Für die zu versichernde Person darf keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs 184 oder 185 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der AVB. Alle Behandlungen müssen von Behandelnden mit Kassenzulassung durchgeführt werden.
Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

a) Tarifliche Leistung

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

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

Kieferorthopädie

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

Empfehlung

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

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

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

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

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

1. Selbstbehalt und Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Selbstbehalt (SB) pro Person und Kalenderjahr

Leistungsstufen	K0	K300	K600	K900	K1200	K1500
SB € für Erwachsene[1]	0	300	600	900	1.200	1.500
SB € für Kinder/Jugendliche	0	150	300	450	600	750

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem zum Beispiel die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen bezogen wurden.

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

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

Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und wird in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährt. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene (versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) pro Kalenderjahr

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

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

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

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

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

Beginnt die Versicherung nach den Leistungsstufen K0 bzw. K300 nicht zum 1. Januar oder sind diese nicht während des gesamten Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Für Kalendermonate, in denen teilweise oder für den gesamten Monat eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand, wird keine Pauschalerstattung gewährt.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs K zu entnehmen.
Sollte sich im Rahmen einer solchen im Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen aufgeführten Früherkennungsmaßnahme weiterer Bedarf an Diagnostik bzw. Behandlung ergeben, wird dieser gleichfalls vom Versicherungsschutz umfasst.

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

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Internist mit hausärztlicher Versorgung
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

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

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

Die Überweisung gilt, bis nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit beim Facharzt wegen der entsprechenden Diagnose nicht mehr besteht.

Sind die vorherig aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt, werden nur 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Diese Einschränkung gilt nur für die bisherigen Behandlungen. Stellt der Hausarzt, Internist mit hausärztlicher Versorgung oder Facharzt für Kinderheilkunde zu einem späteren Zeitpunkt eine Überweisung aus, so gilt der verminderte Prozentsatz für danach durchgeführte Facharztbesuche nicht mehr, und zwar auch dann, wenn die Behandlung wegen derselben Erkrankung erfolgt.

Während einer Auslandsreise (zum Beispiel Urlaubs- oder Geschäftsreise) gilt das Primärarztprinzip nicht. Es gilt gleichwohl, wenn es sich um eine geplante Behandlung im Ausland handelt oder wenn die versicherte Person im grenznahen Gebiet wohnt und einen Arzt im Nachbarland aufsucht.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

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

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

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

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

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

Als Arzneimittel im Sinne des Tarifs gelten nur verschreibungspflichtige Medikamente.

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel sind auf funktionale Standardausführungen begrenzt.

d) Sehhilfen

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

e) Ambulante Psychotherapie

Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erfolgt zu 80 Prozent.
Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II (2) 8. der AVB unberührt.

f) Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Erstattung der Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 13. der AVB erfolgt zu 80 Prozent.
Im Übrigen bleiben die Regelungen des § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 13. der AVB unberührt

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

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

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

durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

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

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

a) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen
- 100 Prozent für Zahnbehandlung
- 80 Prozent für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

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

b) Implantate und Teleskopkronen

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

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

c) Material- und Laborkosten

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

d) Heil- und Kostenplan

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe und detaillierter Aufstellung der Material- und Laborkosten des zahntechnischen Labors vorzulegen, falls implantologische Maßnahmen, Versorgung mit Teleskopkronen oder eine kieferorthopädische Behandlung geplant sind; bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen sowie Inlays ist ebenfalls ein solcher vorzulegen, falls die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.000 Euro übersteigen.

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

Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden
- bei Implantologie, Teleskopkronen oder kieferorthopädischer Behandlung alle erstattungsfähigen Aufwendungen
- bei sonstigen Zahnersatzmaßnahmen und Inlays die 2.000 Euro übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen

nur zur Hälfte des jeweiligen tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.

e) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf
- 1.000 Euro im ersten Jahr
- 2.000 Euro im zweiten Jahr
- 3.000 Euro im dritten Jahr
- 4.000 Euro im vierten Jahr
- 5.000 Euro im fünften Jahr

ab dem sechsten Jahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Nur bei Versicherungsbeginn zum 1. Januar sind obige Zeiträume (von zwölf Monaten) mit Kalenderjahren identisch.

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

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des sechsten Versicherungsjahres[1] in Tarif K haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Krankheitskostentarife des Versicherers ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Versicherung nach Tarif K hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre[2] bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung bzw. Ruhensvereinbarung die Versicherung nach Tarif K nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
- vor Abschluss von Tarif K hat für die versicherte Person, mit Ausnahme von Tarif E, keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden;
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif K bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs K) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des sechsten Versicherungsjahres[3] in Textform beim Versicherer vorliegen.

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

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

Nicht erstattungsfähig nach Tarif K sind Aufwendungen für

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

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Heilmittelverzeichnis des Tarifs K

Leistung		Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
I.	**Bereich Inhalation**	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
II.	**Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen**	
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20

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

2 siehe Fußnote 1

3 siehe Fußnote 1

Leistung		Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (zwei bis vier Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu drei Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
III.	**Bereich Massagen**	
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
IV.	**Bereich Palliativversorgung**	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
V.	**Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder**	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	36,20
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70

	25	Kaltpackung (Teilpackung)	
		a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
		b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
	26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
	27	Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
	28	Trockenpackung	4,10
	29	Guss	
		a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
		b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
		c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
	30	An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		a) An- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
		b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
	31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		a) Teilbad	12,10
		b) Vollbad	17,60
	32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
	33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		a) Teilbad	43,30
		b) Vollbad	52,70
	34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		a) Teilbad	37,90
		b) Vollbad	43,30
	35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
	36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
		a) Hand- oder Fußbad	8,80
		b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
		c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
		d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
	37	Gashaltige Bäder	
		a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
		b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
		c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
		d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
		e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
	38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen erstattungsfähigen Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a) bis c) und nach Nummer 37 Buchstabe b) um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d) erstattungsfähig.	
VI.		**Bereich Kälte- und Wärmebehandlung**	
	39	Kältetherapie eines einzelnen oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
	40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
	41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
VII.		**Bereich Elektrotherapie**	
	42	Elektrotherapie eines einzelnen oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
	43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
	44	Iontophorese	8,20
	45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
	46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00

VIII.	**Bereich Lichttherapie**		
47	Behandlung mit Ultraviolettlicht		
	a)	als Einzelbehandlung	3,10
	b)	in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60
48	a)	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
	b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
49	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes		6,20
50	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder		8,70
IX.	**Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**		
51	Stimm-, sprech-, sprach und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik erstattungsfähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 60 Minuten		111,20
52	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten		55,60
53	Bericht an die verordnende Person		6,20
54	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person		111,20
55	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen		
	a)	Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b)	Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c)	Richtwert: 60 Minuten	86,50
56	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a)	Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b)	Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c)	Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d)	Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
X.	**Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)**		
57	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall		41,80
58	Einzelbehandlung		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20
59	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	35,90
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	48,70
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	60,30
61	Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen)		
	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	16,50
	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	39,90
62	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten		50,10
63	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten		152,40

Leistung		Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
	64 Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	39,40
	65 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
XI.	**Bereich Podologie**	
	66 Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
	67 Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
	68 Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
	69 Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
	70 Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
	71 Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	96,40
	72 Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	52,80
	73 Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	48,30
	74 Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
	75 Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
	76 Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
	77 Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
XII.	**Bereich Ernährungstherapie**	
	78 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	79 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
	80 Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
	81 Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
	82 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	83 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	84 Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	85 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
	86 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
XIII.	**Bereich Sonstiges**	
	87 Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	22,40
	88 Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70
	89 Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn Leistungen nach Nummer 59 Buchstabe a bis c, Nummer 63 oder Nummer 84 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 87 und 88 sind daneben nicht erstattungsfähig.	22,40
	90 Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K für zahntechnische Leistungen

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Modell	5,73
Doublieren	15,62
Platzhalter einfügen	15,62
Verwendung von Kunststoff	15,62
Galvanisieren	15,62
Set-up	8,28

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Stumpfmodell/Sägemodell	9,06
Stumpfmodell/Einzelstumpfmodell	9,06
Stumpfmodell/Modell nach Überabdruck	9,06
Stumpfmodell/Set-up-Modell	9,06
Stumpfmodell/Fräsmodell	9,06
Zahnkranz	4,68
Zahnkranz sockeln	5,34
Modellpaar trimmen	7,95
Fixator	7,55
Mittelwertartikulator	8,13
Modellpaar sockeln	20,35
Übertragungskappe	28,82
Provisorische Krone oder Brückenglied	28,82
Formteil	18,95
Vollkrone Metall	69,25
Krone/Keramikverblendung	69,25
Wurzelstiftkappe	62,03
Teilkrone	69,99
Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	69,99
Krone/Kunststoffverblendung	69,99
Vorbereiten Krone für Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Krone einarbeiten in Halte-/Stützvorrichtung	13,56
Stiftaufbau in Krone einarbeiten	13,56
Modellation für Stiftaufbau gießen	20,34
Stiftaufbau	46,67
Brückenglied	50,41
Gussinlay, einflächig	57,96
Gussinlay, zweiflächig	62,16
Gussinlay, drei- und mehrflächig	71,40
Teleskopierende Krone	210,76
Teleskopierende Primär- oder Sekundärkrone	142,63
Steg	134,06
Steglasche/Stegreiter einarbeiten	48,51
Steggeschiebe individuell	127,44
Individuelles Geschiebe	188,34
Rillen-Schulter-Geschiebe	175,29
Primär-/Sekundärteil individuelles Geschiebe	127,44
Primär-/Sekundärteil Ankerband-Klammer	127,44
Primär-/Sekundärteil Rillen-Schulter-Geschiebe	127,44
Konfektions-Geschiebe einarbeiten	106,09
Konfektions-Gelenk einarbeiten	106,09
Konfektions-Anker einarbeiten	106,09
Konfektions-Riegel einarbeiten	106,09
Primär-/Sekundärteil Konfektions-Geschiebe einarbeiten	70,73
Primär-/Sekundärteil Gelenk einarbeiten	70,73
Primär-/Sekundärteil Anker einarbeiten	70,73
Primär-/Sekundärteil Konfektions-Riegel einarbeiten	70,73
Wiederbefestigen Sekundärteil individuelle Verbindung	70,73
Friktionsstift einarbeiten	42,34
Federbolzen einarbeiten	42,34
Schraube einarbeiten	42,34
Bolzen einarbeiten	42,34
Gefrästes Lager	54,25
Riegel, individuell	188,34
Riegel, Wiederherstellung	102,77
Umgehungsbügel	11,11
Auswechseln Konfektionsteil	13,61

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Reparatur Krone/Brückenglied	33,86
Metallverbindung nach Brand	25,10
Verblendung Kunststoff/Komposit	57,64
Zahnfleisch Kunststoff/Komposit	17,02
Verblendung Keramik	79,22
Zahnfleisch Keramik	39,77
Keramik Inlay einflächig gepresst inklusive Material	90,72
Keramik Inlay zweiflächig gepresst inklusive Material	104,16
Keramik Inlay dreiflächig gepresst inklusive Material	112,56
Keramik Onlay, Teilkrone gepresst inklusive Material	115,92
Vollkeramikkrone gepresst inklusive Material	111,72
Vollkeramikkrone gepresst zur Verblendung inklusive Material	54,60
Vollkeramikkrone aus Hartkeramik inklusive Material	89,04
Schubverteilungsarm	54,93
Metallbasis	122,38
Einarmige Klammer, gegossen	11,73
Inlayklammer, gegossen	11,73
Fortlaufende Klammer	11,73
Bonyhardklammer, gegossen	11,73
Kralle	11,73
Ney-Stiel	11,73
Auflage, gegossen	11,73
Zweiarmige Klammer	20,08
Approximalklammer, gegossen	20,08
Ringklammer	20,08
Rücklaufklammer	20,08
Bonyhardklammer/Gegenlager	20,08
Doppelbogenklammer, gegossen	20,08
Zweiarmige Klammer/Auflage, gegossen	29,90
Approximalklammer/Auflage	29,90
Ringklammer/Auflage	29,90
Rücklaufklammer/Auflage	29,90
Bonyhardklammer/Auflage, gegossen	29,90
Überwurfklammer/Auflage	29,90
Bonwillklammer	40,14
Rückenschutzplatte	37,97
Metallzahn	37,97
Metallkaufläche	37,97
Zuschlag einzelne Klammer	20,85
Retention, gegossen	51,54
Gegossenes Basisteil	64,42
Metallverbindung/Wiederherstellung	21,71
Basis für Vorbissnahme	9,49
Basis für Konstruktionsbiss	9,49
Basis Autopolymerisat/individueller Löffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Funktionslöffel	19,56
Basis Autopolymerisat/Bissregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Stützstiftregistrierung	19,56
Basis Autopolymerisat/Kunststoffbasis für Aufstellung	19,56
Bisswall	5,54
Lösungsknopf	15,27
Abschlussrand	18,19
Aufstellung Grundeinheit	32,54
Aufstellen Wachs je Zahn	1,82
Aufstellen Metall je Zahn	2,71
Übertragung je Zahn	1,90
Fertigstellung Grundeinheit	45,25

Bezeichnung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag €
Fertigstellen je Zahn	3,33
Einarmige Klammer, gebogen	9,48
Inlayklammer, gebogen	10,39
Interdental-Knopfklammer	10,39
Approximalklammer, gebogen	10,39
Auflage, gebogen	10,39
Bonyhardklammer, gebogen	10,39
Zweiarmige Klammer/Auflage, gebogen	16,44
Bonyhardklammer/Auflage, gebogen	16,44
Überwurfklammer	16,44
Doppelbogenklammer, gebogen	16,44
Retention, gebogen	42,04
Weichkunststoff (Zahnersatz)	57,46
Sonderkunststoff	57,46
Zahn/zahnfarben hergestellt	36,05
Zahn/zahnfarben hinterlegt	14,85
Aufbissschiene	115,12
Knirscherschiene	115,12
Bissführungsplatte	115,12
Miniplastschiene	68,33
Retentionsschiene	68,33
Verband-/Verschlussplatte	68,33
Umarbeiten Aufbissbehelf	47,53
Schiene adjustiert je Zahn	11,57
Grundeinheit Instandsetzung Zahnersatz	19,38
Leistungseinheit Sprung	8,56
Leistungseinheit Bruch	8,56
Leistungseinheit Einarbeitung Zahn	8,56
Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	8,56
Leistungseinheit Klammer einarbeiten	8,56
Leistungseinheit Rückenschutzplatte	8,56
Leistungseinheit Kunststoffsattel	8,56
Teilunterfütterung	41,12
Vollständige Unterfütterung	57,04
Basis erneuern	69,51
Versandkosten	4,05
Verrechnungseinheit NEM I	12,28
Röntgenkugeln/Bohrhülsen positionieren	3,38
Aufwand bei Suprakonstruktion Implantate	31,56
Verschraubung/Verbolzung Implantate	51,84
Implantataufbau Vollgusskrone	112,70
Implantataufbau Verblendkrone	109,32
Implantataufbau Stegpfosten	85,65
Röntgen/Bohrschablone	21,43

Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs K

Vorsorgeuntersuchungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen wird **nicht** auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalerstattungen angerechnet. Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer solchen Untersuchung ergibt.

Das Verzeichnis enthält alle Vorsorgeuntersuchungen nach derzeit gesetzlich eingeführten Programmen. Vorsorgeuntersuchungen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen, sind mit * gekennzeichnet. Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, das Verzeichnis mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

Hinweis: Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalerstattungen, falls die Kosten im

Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23–29 enthalten. Ausnahme: Bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25), Darmkrebsfrüherkennung sowie bei den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reicht die Angabe der jeweils aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562.H1	Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
3563.H1*	HDL-Cholesterin
3564.H1*	LDL-Cholesterin
3565.H1	Triglyzeride
3583.H1	Bestimmung der Harnsäure

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

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3511 oder	Harnstreifentest oder
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)/Harnsäure
250	Blutentnahme
3585.H1	Kreatinin
410* bzw. 420*	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (ab Alter 35, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
4643	Hepatitis B-Virus
4406	Hepatitis C-Virus

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851*	Zytologische Untersuchung bei Frauen oder
4815A	Dünnschichtzytologie[1] und
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials[2], HPV-Test[3]
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503–3506	Blutbild
418*	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet[4]
420*	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust[5]
420*	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite[6]

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch[7]
60A	Konsiliarische Erörterung[8]
5266*	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen[9]
5298	Zuschlag für digitale Radiografie[10]

1 Von Alter 20 bis Alter 34 jährlicher Anspruch, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
2 Anspruch erst ab Alter 35, in dreijährigen Abständen
3 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite
4 Anspruch erst ab Alter 30 bis einschließlich Alter 49, in dreijährigen Abständen, danach in zweijährigen Abständen
5 siehe Fußnote 4 auf dieser Seite
6 siehe Fußnote 4 auf dieser Seite
7 Anspruch erst ab Alter 50 bis einschließlich Alter 75, in zweijährigen Abständen
8 siehe Fußnote 7 auf dieser Seite
9 siehe Fußnote 4 auf dieser Seite
10 siehe Fußnote 7 auf dieser Seite

Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503–3506	Blutbild

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)[1]

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
3735A oder 3736A	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
26	Untersuchung (U2–U9, U10*) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

GOÄ-Ziffern	
250 oder 250a	Blutentnahme beim Kind
4030	TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
3789	Biotinidase
3790	Galaktose (Enzymbestimmung)
4078	Carnitin
4079	Massenspektrometrie
4210A	Tyrosinämie Typ I
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
4783 oder 3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)

Screening 5-q assoziierter Muskelatrophie

GOÄ-Ziffern	
3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 2-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Früherkennung der Sichelzellkrankheit

GOÄ-Ziffern	
3691 oder	Kapillarelektrophorese
3693A oder	Tandemmassenspektrometrie
3737A	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

1 Von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen. Für Männer gilt: ab Alter 50: insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten). Für Frauen gilt: Anspruch erst ab Alter 55: insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten). Nach einer Darmspiegelung können Männer und Frauen Untersuchungen auf Blut im Stuhl erstmals wieder nach Ablauf von zehn Jahren in Anspruch nehmen. Nach einer Untersuchung auf Blut im Stuhl kann eine Darmspiegelung frühestens nach einem Jahr, ab Alter 55 frühestens nach zwei Jahren, in Anspruch genommen werden.

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

GOÄ-Ziffer	
602	Oxymetrische Untersuchung zur Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415*	Ultraschalluntersuchung
3613	Glukosetoleranztest, oral
3511	Harnstreifentest
250	Blutentnahme
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
3517	Hämoglobinbestimmung
3504 oder 3550	Blutbild
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
4395	HIV-Test
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors zur Vermeidung unnötiger Anti-D-Prophylaxe

GOÄ-Ziffern	
21	Eingehende humangenetische Beratung je angefangene halbe Stunde
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung
3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 4-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
5380*	Osteodensitometrie
410*	Ultraschalluntersuchung

Verzeichnis für Schutzimpfungen des Tarifs K

Schutzimpfungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Schutzimpfungen wird **nicht** auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen K0 und K300 gewährten Pauschalerstattungen angerechnet.
Auch nicht in diesem Verzeichnis aufgeführte Schutzimpfungen sind erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.
Die aufgeführten Schutzimpfungen orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO). Bei einer Ausweitung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, den Umfang der nachfolgenden Liste mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

- Diphterie
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Grippe
- Haemophilus influenza B – nur für Kinder
- Hepatitis-A – nur für Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und medizinisch-technische Angestellte
- Hepatitis-B
- Herpes zoster (Gürtelrose) – für Personen ab Alter 60 oder für Personen mit chronischen Erkrankungen
- HPV-Impfung – von Alter 9 bis Alter 17
- Masern
- Meningokokken – nur für Kinder oder für Personen mit Immundefekten
- Mumps
- Pertussis (Keuchhusten)
- Pneumokokken – nur für Kinder, für Personen ab Alter 60 oder für Personen mit chronischen Erkrankungen
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Rotaviren – nur für Säuglinge bis zum 6. Lebensmonat
- Röteln
- Tetanie (Wundstarrkrampf)
- Tuberkulose
- Varizellen (Windpocken)

Tarif 200–209:
Ambulante Heilbehandlung

Leistungen

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

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

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

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

Tarif 210, 2110, 211–217:
Ambulante Heilbehandlung

Leistungen

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

Leistungsstufen	210	217	216	215	214	213	212	211	2110
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	10

Die Leistungsstufen 2110 und 211–217 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

Tarif 21P70–21P90:
Ambulante Heilbehandlung

Leistungen

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

Leistungsstufen	21P90	21P80	21P70
Erstattungsprozentsatz	90	80	70

Für Rechnungsbeträge, die 5.000 Euro im Kalenderjahr übersteigen, betragen die Erstattungsprozentsätze für den übersteigenden Anteil jeweils 100 Prozent.
Daraus ergeben sich die folgenden maximalen Selbstbehalte je Person und Kalenderjahr:

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

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel, Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen bezogen werden.
Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich die Grenze von 5.000 Euro und damit der maximale Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Tarif 220, 2210, 221–227:
Stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer

Leistungen

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

Leistungsstufen	220	227	226	225	224	223	222	221	2210
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	10
Zusatzleistung bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse									
Erwachsene/Jugendliche € je Krankenhaustag	22,00	11,00	9,90	8,80	7,70	6,60	5,50	4,40	2,20
Kinder € je Krankenhaustag	16,00	8,00	7,20	6,40	5,60	4,80	4,00	3,20	1,60

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

Leistungsstufen	220	227	226	225	224	223	222	221	2210
Erwachsene/Jugendliche € je Krankenhaustag	105,00	52,50	47,25	42,00	36,75	31,50	26,25	21,00	10,50
Kinder € je Krankenhaustag	55,00	27,50	24,75	22,00	19,25	16,50	13,75	11,00	5,50

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

Leistungsstufen	220	227	226	225	224	223	222	221	2210
Erwachsene/Jugendliche €	14,00	7,00	6,30	5,60	4,90	4,20	3,50	2,80	1,40

Die Leistungsstufen 2210 und 221–227 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.
Als Sonderklasse gilt die erste bzw. zweite Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer als Aufenthalt in der Sonderklasse.

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

Tarif 230, 2310, 231–237:
Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse

Leistungen

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

Leistungsstufen	230	237	236	235	234	233	232	231	2310
Allgemeine Pflegeklasse	100	50	45	40	35	30	25	20	10

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

Leistungsstufen	230	237	236	235	234	233	232	231	2310
Erwachsene/Jugendliche € je Krankenhaustag	55,00	27,50	24,75	22,00	19,25	16,50	13,75	11,00	5,50
Kinder € je Krankenhaustag	30,00	15,00	13,50	12,00	10,50	9,00	7,50	6,00	3,00

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

Leistungsstufen	230	237	236	235	234	233	232	231	2310
Erwachsene/Jugendliche €	10,00	5,00	4,50	4,00	3,50	3,00	2,50	2,00	1,00

Die Leistungsstufen 2310 und 231–237 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

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

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

Tarif 240, 2410, 241–247:
Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer

Leistungen

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

Leistungsstufen	240	247	246	245	244	243	242	241	2410
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	10
Zusatzleistung für Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer									
Erwachsene/Jugendliche € je Krankenhaustag	16,00	8,00	7,20	6,40	5,60	4,80	4,00	3,20	1,60
Kinder € je Krankenhaustag	12,00	6,00	5,40	4,80	4,20	3,60	3,00	2,40	1,20

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

Leistungsstufen	240	247	246	245	244	243	242	241	2410
Erwachsene/Jugendliche € je Krankenhaustag	85,00	42,50	38,25	34,00	29,75	25,50	21,25	17,00	8,50
Kinder € je Krankenhaustag	45,00	22,50	20,25	18,00	15,75	13,50	11,25	9,00	4,50

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

Leistungsstufen	240	247	246	245	244	243	242	241	2410
Erwachsene/Jugendliche €	12,00	6,00	5,40	4,80	4,20	3,60	3,00	2,40	1,20

Die Leistungsstufen 2410 und 241–247 sind Personen mit Beihilfeanspruch vorbehalten.

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

1. Leistungen

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

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

Es gelten folgende Sätze:

Leistungsstufen	251–100	252–100	251	252	253	254	255	256
Ambulante Heilbehandlung	100	100	50	50	30	30	20	20
Stationäre Heilbehandlung								
Allgemeine Pflegeklasse	100	100	50	50	30	30	20	20
Wahlarzt	100	–	50	–	30	–	20	–
Zweibettzimmer	100	–	50	–	30	–	20	–
Zahnärztliche Heilbehandlung	100	100	50	50	30	30	20	20

Für Liquidationen durch Belegärzte gelten die aufgeführten Prozentsätze.

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

Versicherte der Leistungsstufen 251–100, 251, 253, 255 erhalten bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:
- in 251–100 16 Euro
- in 251 8 Euro
- in 253 5 Euro
- in 255 2 Euro

je Krankenhaustag

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

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

1.2 Leistungsstufen 257, 258 und 259

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

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

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

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

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

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

a) Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 (2) 5. der Tarifbedingungen.
b) Bei Versorgung mit Zahnersatz (zum Beispiel große Brücken).
c) Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
d) Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

2. Versicherungsfähigkeit

2.1 Versicherungsfähig sind Personen während ihrer Ausbildung als Beamte (Anwärter und Referendare), längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres und für die Dauer von höchstens fünf Jahren. Außerdem sind mitversicherungsfähig die nicht berufstätigen Ehegatten bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres und ihre Kinder, sofern sie in häuslicher Gemeinschaft leben; Kinder längstens bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.

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

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

Folgende Kombinationen sind versicherbar:
- 251+257, 253+258, 255+259 sowie
- 252+257, 254+258, 256+259

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

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

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

3. Wartezeiten

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

4. Ende der Versicherung

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

4.2 Die Fortsetzung der Versicherung nach anderen Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung des Versicherers unter Anrechnung der zurückgelegten Versicherungszeit auf die Wartezeiten der anderen Tarife sowie unter Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung kann innerhalb von sechs Monaten rückwirkend zum Ende der Versicherung nach Tarif 25 in Textform beantragt werden. Der Beitrag für die anderen Tarife errechnet sich nach dem dann erreichten Alter.

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

Tarif 2710, 271–277: Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Nach diesem Tarif können nur Personen mit Beihilfeanspruch versichert werden.

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

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

1.1 Abgeschlossen werden kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Aufwendungen von
- 90 Prozent die Tarifstufe 2710
- 80 Prozent die Tarifstufe 271
- 75 Prozent die Tarifstufe 272
- 70 Prozent die Tarifstufe 273
- 65 Prozent die Tarifstufe 274
- 60 Prozent die Tarifstufe 275
- 55 Prozent die Tarifstufe 276
- 50 Prozent die Tarifstufe 277

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

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

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

2.3 In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.

2.4 Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 Absatz 4 der Tarifbedingungen gelten folgende Höchstbeträge:
- 1.025 Euro im ersten Jahr
- 2.050 Euro im zweiten Jahr
- ab dem dritten Jahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

2.5 Für die folgenden Punkte besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfevorschriften keine Kostenerstattung zulassen:

2.5.1 Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 Absatz 2 5. der Tarifbedingungen.

2.5.2 Bei Versorgung mit Zahnersatz (zum Beispiel große Brücken).

2.5.3 Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.

2.5.4 Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Tarif 261, 262:
Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben, sowie Beihilfeberechtigte, deren beihilfefähige Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

In Ergänzung zu § 15 Teil II Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten die dort für die Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellten Regelungen entsprechend für die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe; insbesondere ist demnach die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Leistungen

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

261 für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen
zu 100 Prozent erstattet.

262 für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen
zu 100 Prozent erstattet.
Wird in der Tarifstufe 262 die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Bei einer ambulanten Operation in einem nach den MB/KK anerkannten Krankenhaus, die eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus angestellt sind, sowie durch Belegärzte. Eine Vorleistung der GKV wird in Abzug gebracht.

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

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

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

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

Im Einzelnen gilt:

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

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

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

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

Tarif 281, 282:
Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

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

Leistungen

1. Zahnersatz (nur Tarifstufe 281)

Erstattet werden 40 Prozent des Festkostenzuschusses der GKV für medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung). Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden. Lediglich im ersten Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 205 Euro und im zweiten Jahr auf 410 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2. Sehhilfen

Erstattung von 80 Prozent der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 155 Euro pro Versicherungsjahr. Erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

3. Heilmittel

Die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten (Zuzahlung) werden, soweit sie unter § 4 Teil II Absatz 2 4. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, zu 100 Prozent erstattet.

4. Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses sowie für die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel zu 50 Prozent des Rechnungsbetrags, jedoch höchstens 260 Euro pro Versicherungsjahr. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

5. Leistungen bei Auslandsreisen

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

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

a) für ärztliche Heilbehandlung;
b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
d) für Röntgendiagnostik;
e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde und der Versicherer vor dem Rücktransport um die Organisation der Durchführung ersucht worden ist. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5.2 Keine Leistungspflicht besteht

a) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen unvorhergesehen während der Reise auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen geleistet, oder wenn unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist; Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalls oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;
c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;

d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

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

5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 Prozent.

5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.

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

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.
Der Versicherer ist zur Leistung bezüglich der Punkte 1. und 3. nur verpflichtet, wenn eine Vorleistung der GKV vorliegt.

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

1. Allgemeines

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

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Z100 oder Z70 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

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

2. Leistungen

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

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

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

a) Tarifliche Leistung

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

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

Gesamtleistung (inklusive GKV)		Leistungsbereiche
Tarif Z100	**Tarif Z70**	
100 Prozent	–	Zahnbehandlung (ausgenommen Inlays)
100 Prozent	70 Prozent	Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung)
80 Prozent	70 Prozent	Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige bzw. von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)
80 Prozent	70 Prozent	Inlay
80 Prozent	70 Prozent	Kieferorthopädie[1], wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht

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

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

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

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

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

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif Z90Bonus: Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

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

Eine Versicherung nach Tarif Z90Bonus ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Z90Bonus abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

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

Die Versicherung nach Tarif Z90Bonus wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

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

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

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

a) Tarifliche Leistung

Für erstattungsfähige Rechnungsbeträge leistet der Tarif wie folgt:

- 100 Prozent für **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht und die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.
  Erstattungsfähig sind diese Maßnahmen insgesamt bis zu zweimal pro Kalenderjahr, jeweils bis zu 60 Euro. Beginnt die Versicherung nach Tarif Z90Bonus erst nach dem 30. Juni eines Jahres, sind diese Maßnahmen im ersten Kalenderjahr nur einmal erstattungsfähig.
  Als professionelle Zahnreinigung gelten das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen sowie die in diesem Zusammenhang durchgeführten weiteren zahnprophylaktischen Leistungen, nämlich das Erstellen eines Mundhygienestatus, die Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, die Beseitigung von Verfärbungen, die lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnsubstanz und die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen;
- 90 Prozent für **Zahnbehandlung**, wobei auch Anspruch auf hochwertige Füllungen besteht. Aufwendungen für Inlays und professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen sind hierunter nicht erfasst und an anderer Stelle geregelt. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Ist es möglich, die Behandlung als Ganzes über die GKV abzuwickeln, so wird weder ersatzweise noch zusätzlich eine private Rechnung akzeptiert;
- 90 Prozent für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung). Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
- 80 Prozent für **Zahnersatz**, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatzahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ enthält (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige bzw. von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung), sowie 80 Prozent für **Inlays**.
  Kann der Versicherte zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplan für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 90 Prozent.
  Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
- 80 Prozent für **Kieferorthopädie**, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
- 80 Prozent für **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Einstufung in KIG 3, 4 oder 5[1] erbracht werden, wenn für diese Mehrleistungen kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
  Für diese Mehrleistungen ist die **tarifliche Gesamterstattung während der gesamten Vertragslaufzeit** des Tarifs auf 1.000 Euro begrenzt.

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

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

b) Summenmäßige Begrenzungen

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf

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

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

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

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

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

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

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

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif Z50/90:
Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

Eine Versicherung nach Tarif Z50/90 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Z50/90 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

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

Leistungen

Erstattet werden 50 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie[1] gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Einschließlich der

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

Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Lediglich im ersten Jahr ab Versicherungsbeginn ist die Leistung des Versicherers auf 310 Euro und im zweiten Jahr auf 620 Euro begrenzt; diese Höchstbeträge entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

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

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

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

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Dent70, Dent90, Dent90+ oder Dent100 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil II), soweit in dieser Tarifbeschreibung (Teil III) nicht etwas anderes bestimmt ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

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

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung).

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

a) Tarifliche Leistungsbereiche

In nachfolgender Aufzählung sind die erstattungsfähigen tariflichen Leistungsbereiche dargestellt:

1. **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; eine eventuelle Vorleistung der GKV wird auf die Erstattung angerechnet;

2. **Zahnbehandlung**, gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
   Der Begriff Zahnbehandlung umfasst insbesondere
   - hochwertige Füllungen,
   - Parodontalbehandlung (dies sind zum Beispiel Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation; bei fehlendem Leis-

tungsanspruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet),
- medizinisch notwendige Wurzelbehandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, weil keines der von der GKV definierten Kriterien (zum Beispiel Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) gegeben ist;
- Mehrkosten für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV (mit Vorleistung der GKV); dies sind zum Beispiel das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.

Nicht unter den Begriff Zahnbehandlung im Sinne dieser Ziffer fallen hingegen
- professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen (siehe vorherige Ziffer 1),
- Leistungen für Wurzelbehandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (siehe nachfolgende Ziffer 3) und
- Inlays (siehe Ziffer 7);

3. reine **Privatrechnung für Wurzelbehandlung** bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (Verzicht auf GKV-Vorleistung);

4. **Zahnersatz (Regelversorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

5. **Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige** beziehungsweise von der Regelversorgung **abweichende andersartige Versorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme teilweise oder vollständig privatzahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

6. **Verblendungen** in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz. Es gilt der Erstattungssatz der zugrunde liegenden Zahnersatzmaßnahme;

7. **Inlays.** Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

8. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;

9. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;

10. **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**) bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn diese Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (Einstufung in KIG[1] 3, 4 oder 5), erbracht werden;

11. **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen** wie z.B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

12. **zahnaufhellende Maßnahmen** (z.B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis beziehungsweise zahnärztlich begleitet und überwacht, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, sofern die Maßnahme in keinen der Leistungsbereiche der Ziffern 1–11 fällt.

b) Höhe der tariflichen Leistungen

Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Dent70 zuzüglich GKV, Dent90 zuzüglich GKV, Dent90+ zuzüglich GKV und Dent100 zuzüglich GKV). Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt dabei von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV oder handelt es sich um eine reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung gemäß tariflichem Leistungsbereich 2. a) 3., wird somit die Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 erbracht. Somit entspricht die tarifliche Leistung der Differenz zwischen der in nachfolgender Tabelle angegebenen Gesamtleistung und der GKV-Leistung.

Die jeweilige Gesamtleistung (inklusive GKV-Vorleistung) ergibt sich gemäß nachfolgender Tabelle:
Die angegebenen Erstattungsprozentsätze verstehen sich als Erstattungssätze einschließlich einer eventuellen GKV-Vorleistung.

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

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen gemäß Ziffer 1	100 Prozent 1 x bis zu 70 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 120 €, jedoch insgesamt max. 200 €, pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung gemäß Ziffer 2	75 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Privatrechnung für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV gemäß Ziffer 3	–	50 Prozent	50 Prozent	50 Prozent
Zahnersatz (Regelversorgung) gemäß Ziffer 4	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder abweichende andersartige Versorgung) gemäß Ziffer 5	70 Prozent	80/90 Prozent*	90 Prozent	90/100 Prozent*
Verblendungen gemäß Ziffer 6 in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gemäß Ziffer 4 oder 5 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz für die Zahnersatzmaßnahme	an den Zähnen 1 bis einschließlich 5 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 7 je Kieferhälfte
Inlays gemäß Ziffer 7	70 Prozent	80/90 Prozent[1]	90 Prozent	90/100 Prozent[2]
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, gemäß Ziffer 8	–	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemäß Ziffer 9	70 Prozent	80 Prozent	90 Prozent	90 Prozent
Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) gemäß Ziffer 10	70 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	80 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 2.000 € während der Vertragslaufzeit
Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gemäß Ziffer 11	–	–	100 Prozent max. 250 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 350 € pro Kalenderjahr
Zahnaufhellende Maßnahmen gemäß Ziffer 12	–	–	–	100 Prozent max. 300 € innerhalb zweier Kalenderjahre

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

c) Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung

Die gemäß Buchstabe b) ermittelte tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	3.000 €	3.000 €	4.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	4.000 €	4.000 €	6.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	5.000 €	5.000 €	7.500 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Dent70/Dent90/Dent90+/Dent100 gerechnet.

1 Hinweis zur Erstattung von Zahnersatz und Inlays:
Kann der Versicherte, zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so gilt der jeweils höhere ausgewiesene Erstattungsprozentsatz.

2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

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

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

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

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 3 und § 3 Teil II Absatz 2 der AVB entfallen bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs für die versicherte Person beim Versicherer die Wartezeiten. Gemäß § 3 Teil I Absatz 6 der AVB gelten bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.

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

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte der Tarife Dent70, Dent90 und Dent90+ ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 34., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.
Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte des Tarifs Dent100 ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 41., 46., 51., 56 oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif 482:
Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

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

2. Sehhilfen

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

3. Behandlungen durch Heilpraktiker

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

4. Selbstbehalt

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

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

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

5. Leistungen bei Auslandsreisen

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

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

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

5.2 Keine Leistungspflicht besteht

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

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

5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 Prozent.

5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.

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

B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann – sofern bei einer versicherten Person spätestens bis zur Vollendung ihres 40. Lebensjahres die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder ihr Anspruch auf Familienversicherung entfallen – beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 482 für die betroffene versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht gilt nur innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre seit Versicherungsbeginn des Tarifs 482.
Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

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

2. Umfang der Option

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

a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
- ambulante Heilbehandlung
- stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

b) Krankentagegeld-Versicherung für
- Selbstständige ab dem 22. Tag
- Arbeitnehmer ab dem 43. Tag

der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengelds zum Zeitpunkt der Umstellung

c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

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

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

Tarif 483:
Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

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

2. Sehhilfen und Operation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattung von 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen)
- für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) bis zu 330 Euro; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten,
- für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) bis zu 165 Euro pro Kalenderjahr; erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

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

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

3. Heilpraktiker und Naturheilverfahren bei Ärzten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie die Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Ferner sind erstattungsfähig die vom jeweiligen Behandelnden im Rahmen dieser Behandlungen verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.
Die Einschränkung der Methoden und Arzneimittel nach § 4 Teil I Absatz 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) findet insoweit keine Anwendung.
Die Erstattung nach Ziffer 3. erfolgt zu 90 Prozent des Rechnungsbetrags bis zu einem Höchstrechnungsbetrag von insgesamt 2.500 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

4. Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen

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

5. Leistungen bei Auslandsreisen

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 56 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

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

5.2 Keine Leistungspflicht besteht

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

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

5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 Prozent.

5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von acht Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.

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

6. Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und beträgt für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) 50 Euro pro Kalenderjahr, für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) 25 Euro pro Kalenderjahr.
Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden und die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.
Die Pauschalerstattung wird im zweiten Halbjahr des Folgejahres ausgezahlt. Mit der Inanspruchnahme der Pauschalerstattung erlischt jeder Anspruch auf Leistungen für das abgelaufene Kalenderjahr.
Ist der Tarif nicht während des gesamten Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Für Kalendermonate, in denen teilweise oder für den gesamten Monat eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand, wird keine Pauschalerstattung gewährt.

Allgemeines

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem zum Beispiel die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

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

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

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

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

B. Optionsrecht

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

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

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

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

Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

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

2. Umfang der Option

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

a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
   - ambulante Heilbehandlung
   - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
   - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

b) Krankentagegeld-Versicherung für
   - Selbstständige ab dem 22. Tag
   - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag

   der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengelds zum Zeitpunkt der Umstellung.

c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
   Die Vorversicherungszeiten aus Tarif 483 werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

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

Tarif BJunior, KJunior: Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche

1. Allgemeines

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

Eine Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior ist dabei nur für Kinder/Jugendliche möglich, die

a) leibliche oder adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers sind oder
b) mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior endet für die jeweilige versicherte Person mit Ablauf des Kalenderjahres, in welchem diese das 20. Lebensjahr vollendet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt, in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verbandmittel bezogen wurden.

2. Leistungen

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

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

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

A) Behandlungen durch Heilpraktiker (nur Tarif KJunior)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz. Ferner sind erstattungsfähig die vom Heilpraktiker im Rahmen dieser Behandlungen verordneten Arznei- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen:

- Eingehende Untersuchung
- Beratung
- Homöopathie
- Pflanzenheilkunde
- Akupunktur bei Schmerzen
- Eigenblutinjektionen
- Osteopathie

B) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

- U6a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15.–18. Lebensmonat
- U9a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr
- U9b: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr
- J1a: Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.–16. Lebensjahr
- Sprachentwicklungstest: einmalige Früherkennungsuntersuchung im 36.–42. Lebensmonat
- Schielvorsorge: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum Vorschulalter

C) Sehhilfen

Erstattung der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen).

D) Rooming In

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn diese – neben einer nach Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Person, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat – stationär aufgenommen wird und hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
Für Kinder bis zum Ende des Vorschulalters erfolgt keine Leistung aus Tarif BJunior bzw. KJunior.[1]

E) Krankentagegeld als Ergänzung des Kinderkrankengeldes der GKV

Das Krankentagegeld wird in Höhe von 15 Euro für jeden Tag geleistet, für den für eine versicherte Person die Leistung eines Kinderkrankengeldes der GKV erfolgt. Zur Geltendmachung dieses Leistungsanspruches muss ein Beleg der gesetzlichen Krankenkasse vorgelegt werden, der Auskunft über die Anzahl der Krankheitstage gibt, für die Kinderkrankengeld von Seiten der GKV geleistet wurde. Ohne Leistung des Kinderkrankengeldes der GKV entfällt auch eine Erstattung nach Tarif BJunior bzw. KJunior.

F) Zahn: Fissurenversiegelung, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie

(Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie nur Tarif KJunior)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für folgende medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung und Kieferorthopädie) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

- **Fissurenversiegelung** an Zähnen, die nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.
- **Kunststofffüllungen**
- **Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Einstufung in KIG 3, 4 oder 5[2] erbracht werden, wenn für diese Mehrleistungen kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
  Für diese Mehrleistungen ist die **tarifliche Gesamterstattung während der gesamten Vertragslaufzeit** des Tarifs KJunior auf 1.000 Euro begrenzt.

G) Geburtsnahe Leistungen

Erstattungsfähig sind folgende Kursgebühren (ein Kurs je versichertes Kind):

- Teilnahme an einem **PEKiP-Kurs** für Kinder bis zum Ende des 1. Lebensjahres.
- Teilnahme an einem **Geburtsvorbereitungskurs für Männer**. Die Kursgebühren sind abweichend von § 2 Teil I der AVB erstattungsfähig, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eines gemäß Ziffer 1. versicherungsfähigen Kindes der Antrag auf Versicherungsschutz rückwirkend ab Geburt gestellt wird.

1 Hinweis zum Rooming In:
Gemäß Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt bei Kindern bis zum Ende des Vorschulalters eine generelle Indikation für die Mitaufnahme einer Begleitperson vor, so dass diese Leistung – gemäß den Regelungen des Sozialgesetzbuches – von der GKV übernommen wird.

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

3. Erstattung

Die unter Ziffer 2. A) bis 2. G) genannten Leistungen werden nach folgenden Prozentsätzen erstattet. Die Höhe der tariflichen Leistung ist dabei für alle in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Personen zusammen auf die folgenden Eurobeträge begrenzt:

Leistungsbereiche	Tarif BJunior		Tarif KJunior	
	Erstattungs-prozentsatz	summenmäßige Begrenzung[1]	Erstattungs-prozentsatz	summenmäßige Begrenzung[2]
Behandlungen durch Heilpraktiker	–	–	80 %	500 €
Vorsorgeuntersuchungen	80 %	100 €	80 %	100 €
Sehhilfen	80 %	200 €	80 %	200 €
Rooming In	100 %	unbegrenzt	100 %	unbegrenzt
Zahn – Fissurenversiegelung	80 %	100 €	80 %	100 €
Zahn – Kunststofffüllungen	–	–	80 %	500 €
Zahn – zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen)	–	–	80 %	1.000 €
Geburtsnahe Leistungen	80 %	unbegrenzt	80 %	unbegrenzt

4. Optionsrecht

Mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, endet die Versicherung bzgl. der betroffenen Person. Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, den Tarif BJunior bzw. KJunior ohne Gesundheitsprüfung in unmittelbarem Anschluss in den Tarif Z90Bonus umzustellen, sofern für diese Person Versicherungsfähigkeit für den Tarif Z90Bonus besteht.
Für den Tarif Z90Bonus gelten bei Umstellung aus dem Optionsrecht folgende Regelungen:

a) Entfall der Wartezeiten
b) Die summenmäßigen Begrenzungen des Tarifs Z90Bonus gelten ab Umstellungszeitpunkt.
c) Zum Umstellungszeitpunkt bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte kieferorthopädische Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz des Tarifs Z90Bonus enthalten.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung des Tarifs BJunior bzw. KJunior in Textform beantragt werden. Sie wird dann zum 1.1. des Kalenderjahres wirksam, in dem die betroffene versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Das Optionsrecht kann nur in Anspruch genommen werden, wenn die betroffene versicherte Person zum Umstellungszeitpunkt bereits 24 Monate in einem der Tarife BJunior/KJunior versichert gewesen ist.

5. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 2 Teil I (2) der AVB gilt:
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt für die zu versichernde Person Versicherungsfähigkeit besteht, die Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior mindestens drei Monate beim Versicherer bestand und die Anmeldung zur Versicherung in den bestehenden Tarif spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.

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

Ferner wird abweichend zu § 8a Teil II der AVB pro Vertrag unabhängig vom Alter und der Anzahl der versicherten Personen für alle in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Kinder/Jugendlichen ein gemeinsamer Beitrag erhoben.

Ergänzend zu § 15 Teil II (1) der AVB gilt:
Bei Wegfall der unter Ziffer 1 Satz 2 dargestellten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung nach Tarif BJunior bzw. KJunior zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen. Unterbleibt diese Anzeige, leistet der Versicherer auch für laufende Versicherungsfälle nur bis zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.11

1 Hinweis zur summenmäßigen Begrenzung:
Die **summenmäßige Begrenzung** gilt alle 24 Monate. Der erste Zeitraum von 24 Monaten beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).
Im Bereich **Sehhilfen** verkürzt sich bei Tarif KJunior der zuvor genannte Zeitraum von 24 Monaten auf 12 Monate.
Im Bereich **der kieferorthopädischen Mehrleistungen** gilt die summenmäßige Begrenzung nicht alle 24 Monate, sondern gemäß Ziffer 2. F) für die gesamte Vertragslaufzeit.

2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif V100:
Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

Leistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten.
Die erstattungsfähigen Maßnahmen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100 zu entnehmen.
Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2. Schutzimpfungen

Erstattet werden 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für
- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO),
- unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO vorgenommene Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

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

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

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

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

Anpassung des Versicherungsschutzes:
Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.
Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme für Vorsorgeuntersuchungen ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, das tarifliche Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100

Kinder-Jugendlichen-Vorsorge:

- U6a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15.–18. Lebensmonat
- U9a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr
- U9b: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr
- J1a: Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.–16. Lebensjahr
- Schielvorsorge: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter
- Augencheck: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. Lebensjahr
- Audiocheck: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. Lebensjahr

Schwangerschaftsvorsorge:

- Zusätzliche Sonografie, einmalig pro Schwangerschaft
- Triple-Test zur Risikoeinschätzung des Downsyndroms

Allgemeine Check-Ups:

- Großer Gesundheitscheck
- Sonografiecheck der inneren Organe
- Lungencheck
- Hirnleistungscheck
- Osteoporosevorsorge
- Schilddrüsenvorsorge
- Glaukomvorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars
- Schlaganfallvorsorge
- Helicobacter-Pylori-Test zur Früherkennung von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
- Hauttypbestimmung
- HIV-Test

Krebsvorsorge:

- Große Krebsvorsorge bei Frauen
- Große Krebsvorsorge bei Männern
- Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust)
- Sonografie der Brust
- PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms
- Hautkrebsscreening
- Darmkrebsvorsorge (Stuhlbluttest oder Darmspiegelung)

Tarif FlexiPro: Optionstarif

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

1. Option für in der Krankheitskosten-Vollversicherung versicherte Personen

1.1 Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, die Krankheitskosten-Vollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höherwertigem Leistungsversprechen umzustellen, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts Versicherungsfähigkeit für diese Tarife (Zieltarife) besteht. Die Regelungen unter Ziffer 3. (Erschwernisse) bleiben hiervon unberührt.

1.2 Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden.

1.3 Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung vor dem 1. Januar des Umstellungsjahres in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Umstellung wird dann zum nächsten 1. Januar wirksam.

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

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

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

2. Option für in der GKV versicherte Personen

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

a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
   - ambulante Heilbehandlung
   - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
   - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

b) Krankentagegeld-Versicherung für
   - Selbstständige ab dem 22. Tag
   - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag

   der Arbeitsunfähigkeit. Die Tagegeldhöhe darf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen zuzüglich der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung nicht übersteigen.

c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
   Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

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

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

- bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
- nach Ablauf von 36 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, oder
- nach Ablauf von 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In diesem Fall ist vom Versicherungsnehmer eine entsprechende Erklärung unter Beifügung geeigneter Nachweise (zum Beispiel Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV) beim Versicherer einzureichen.
Kündigungsmöglichkeiten und Beendigungsgründe nach den §§ 13 bis 15 der AVB bleiben hiervon unberührt.

3. Erschwernisse

Liegt bei Abschluss des Tarifs FlexiPro ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die jedoch erst bei Wahrnehmung der Option in den Zieltarifen wirksam werden.
Während der Versicherung nach Tarif FlexiPro neu auftretende Erkrankungen, Unfallfolgen, Entbindungen bzw. Schwangerschaften sind ohne Einschränkung im Umfang des Leistungsversprechens der Zieltarife versichert.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

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

Somit errechnet sich der Beitrag für den Zieltarif nach dem zum Umstellungszeitpunkt gültigen Eintrittsalter.
Die Regelungen der AVB zur Beitragsanpassung (§ 8b) finden für diesen Tarif keine Anwendung.

Tarif 520, 5210, 521–529: Zahnkosten-Versicherung

Leistungen

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

Tarif	529[1]	520[2]	528	527	526	525	524	523	522	521	5210
Erstattungsprozentsatz	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20	10

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten folgende Höchstbeträge:
- 1.025 Euro im ersten Jahr
- 2.050 Euro im zweiten Jahr
- ab dem dritten Jahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

Tarif 540, 5410, 541–549: Zahnkosten-Versicherung

Leistungen

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

Tarif	549[3]	540[4]	548	547	546	545	544	543	542	541	5410
Erstattungsprozentsatz	100/80	100/60	70	50	45	40	35	30	25	20	10

2. **Zahnbehandlung** gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) gelten **keine Höchstbeträge**.

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

im ersten Jahr	1.025 Euro	im sechsten Jahr	6.150 Euro
im zweiten Jahr	2.050 Euro	im siebten Jahr	7.175 Euro
im dritten Jahr	3.075 Euro	im achten Jahr	8.200 Euro
im vierten Jahr	4.100 Euro	im neunten Jahr	9.225 Euro
im fünften Jahr	5.125 Euro	ab zehnten Jahr	unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

1 100 Prozent Kostenerstattung für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
80 Prozent Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gemäß § 4 Teil II Absatz 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

2 100 Prozent Kostenerstattung für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
60 Prozent Kostenerstattung für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen gemäß § 4 Teil II Absatz 4 2. und 3. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

3 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

4 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2019)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2019)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

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

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

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

Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif,

bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

(1) Als Versicherungsfall gelten auch

a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;

b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

(2) In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten kann eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes gegen Beitragszuschlag vereinbart werden. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen.

(3) Ergänzend zu Teil I Absatz 3 ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes auch aus gegebenenfalls zusätzlich vereinbarten Sonderbedingungen (z.B. Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastungskomponente BEK).

(4) Erstattungsfähige Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte. Für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen gilt: erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen bezogen worden sind. Andere erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die der erstattungsfähigen Aufwendung zugrunde liegende Maßnahme jeweils vorgenommen worden ist.

(5) Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.

(6) Wird nach Vertragsabschluss der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person ins Ausland verlegt, ist der Versicherer hierüber unverzüglich zu informieren. Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, kann bei einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses eine ausländische Versicherungssteuer anfallen. Soweit ausländische Versicherungssteuer anfällt, ist diese vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(7) Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

(8) In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II

(1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(2) Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

Teil II

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

(2) Abweichend von Teil I Absatz 3 beträgt die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.

(4) In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.

(5) In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
Wird gleichzeitig eine Krankenhaustagegeld-Versicherung abgeschlossen, so entfallen auch dafür die Wartezeiten.
Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.
Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

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

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

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

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

(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.

Teil II

(1) Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

(2) Tarife für ambulante Heilbehandlung
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
   a) **In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Das Kriterium der Niederlassung nach Teil I Absatz 2 Satz 1 gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person enthält. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**
   Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von niedergelassenen Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.
   b) **Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.**
   c) **Sofern der Tarif es vorsieht, sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (z.B. LASIK-Operation) erstattungsfähig.**
2. **Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Bluttestreifen.**
   Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.

3. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
4. Heilmittel wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.
   Bei Diabetes mellitus mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
5. Hilfsmittel
   a) Hilfsmittel (zum Beispiel Gehhilfen, Prothesen und Hörgeräte; ausgenommen jedoch Sehhilfen – siehe hierfür Buchstabe b), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt. Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Verlangen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
      Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.
      Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.
      Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, auch die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.
   b) Sofern der Tarif es vorsieht, sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erstattungsfähig. In diesem Fall sind Aufwendungen für Reparaturen ebenfalls erstattungsfähig.
      Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.
      Abweichend von Teil I Absatz 3 sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern der Tarif eine Aufwandserstattung vorsieht. Voraussetzung ist, dass zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.
6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Über die medizinischen Gründe der Krankenfahrten und -transporte ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegen im Sinne dieser Bedingungen.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
   b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung.
   c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.
   d) Es sind die Aufwendungen der Schwangeren für Geburtsvorbereitungskurse, Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sowie die Beratung und Unterstützung durch eine Hebamme bzw. durch einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld erstattungsfähig. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Psychiatrie, Psychotherapie und Soziotherapie
   a) Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z.B. für Psychiatrie und Psychotherapie) bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird.
      Das Kriterium der Niederlassung gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt oder Psychotherapeut in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person erhält.
   b) Aufwendungen für ambulante Soziotherapie entsprechend den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn
      - die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,
      - und wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch einen niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z.B. für Psychiatrie und Psychotherapie) oder durch einen niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis, die vorherige Vorlage eines Betreuungsplans und die schriftliche Leistungszusage des Versicherers; die Zusage erfolgt, wenn die Soziotherapie medizinisch notwendig ist. Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Sofern der Leistungserbringer für Aufwendungen durch eine Fachkraft für Soziotherapie eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.

9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme. § 5 Teil I Absatz 3 bleibt hiervon unberührt.

   Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
11. Häusliche Krankenpflege
    a) Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Die Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind ebenfalls erstattungsfähig.
    b) Im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten (Intensiv-)Behandlungspflege nach Buchstabe a) sind zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

    Die Leistungen nach Buchstabe a) und b) bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer. Die Leistungspflicht entsteht insoweit frühestens mit dem Zugang des entsprechenden Antrags beim Versicherer. Die Genehmigung wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und oben genannter Voraussetzungen erteilt.

    Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen könnte.

    Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.

    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege nicht eingeschlossen.
12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Die Zusage wird bei entsprechender medizinischer Indikation erteilt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.

    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
13. Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung (AHB) werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird. Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

    Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

    Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.
14. Aufwendungen für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über eine Zulassung nach § 119 SGB V (siehe Anhang) verfügen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer einer deutschen ge-

setzlichen Krankenversicherung verlangen kann. Voraussetzung ist, dass die Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von niedergelassenen Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen durchgeführt werden kann. Es ist eine entsprechende Überweisung durch einen niedergelassenen und approbierten Arzt vorzulegen.

15. Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn diese ärztlich verordnet wurde und durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund mit einer verbleibenden Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z.B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen.
    Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.
    Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.
16. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.
    Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.
    Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.
    Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. Buchstabe a) genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.
    Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.
    Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

(3) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefärzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.

6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
   b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.
   c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
   d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung, der Sanatoriumsbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme.
   § 5 Teil I Absatz 3 bleibt hiervon unberührt.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
    a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
    b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
    c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte,
    d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte, oder
    e) eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.
       Gleiches gilt für Aufwendungen für eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.
       Dauert die Anschlussheilbehandlung oder die postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation länger als 21 Tage, bedarf es jeweils ab dem 22. Tag jeweils einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.
       Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
       Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Die Zusage wird bei entsprechender medizinischer Indikation erteilt. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Aufwendungen für einen stationären Hospizaufenthalt, wenn dieser ärztlich verordnet wurde. Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund mit einer verbleibenden Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

16. Aufwendungen für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über eine Zulassung nach § 119 SGB V (siehe Anhang) verfügen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von niedergelassenen Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen durchgeführt werden kann. Es ist eine entsprechende Überweisung von einem niedergelassenen und approbierten Arzt vorzulegen.
17. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4) Tarife für zahnärztliche Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

Das Kriterium der Niederlassung nach Teil I Absatz 2 Satz 1 gilt auch als erfüllt, sofern der Zahnarzt in einem zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrum im Sinne des § 95 SGB V, in einer Krankenhausambulanz oder in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person enthält.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
    a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
    b) prophylaktische Leistungen (z.B. Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Verhütung von Karies und parodontalen Erkrankungen, lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung),
    c) konservierende Leistungen (z.B. Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
    d) chirurgische Leistungen (z.B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
    e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
    f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
    g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
    h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten,
    i) funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie stehen.
    j) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
    a) Kronen und Teleskopkronen einschließlich Verblendungen sowie Onlays,
    b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
    c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
    d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung) sofern sie im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme durchgeführt werden,
    e) die zu den Leistungen gemäß Buchstabe a) bis d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
    f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt. Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich funktionsanalytischer und -therapeutischer Leistungen sowie der zugehörigen Material- und Laborkosten.
    Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt. Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5) Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.

2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.

3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.

4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.

5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen);

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

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

Teil II

(1) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 Buchstabe a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird – von einem überraschenden Eintritt eines Kriegsereignisses wird ausgegangen, wenn vor Reiseantritt insoweit keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das betroffene Reisegebiet bestand – und das betroffene Reisegebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.
Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch terroristische Anschläge verursacht wurden, werden vom Versicherungsschutz umfasst.

(2) Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 Buchstabe b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.

(3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe e) entfällt.

(4) Anschlussheilbehandlungen fallen abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 13. und Absatz 3 Ziffer 13. Buchstabe e) geschilderten Rahmen in den Versicherungsschutz.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

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

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

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

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

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

Teil II

(1) Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.

(2) Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.

(3) Krankenhausausweis
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Absatz 6) insoweit nicht.

(4) Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht

fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten 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 Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

Teil II

(1) Der Versicherer kann einen Beitragsnachlass (Skonto) bei halbjährlicher bzw. jährlicher Beitragszahlung gewähren.

(2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

(4) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(5) Abweichend von Teil I Absatz 6 und Absatz 7 ist der Versicherer berechtigt, ihm entstandenen Mahnkosten in der gesetzlich zulässigen Höhe geltend zu machen. Von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Gebühr bei Rückgabe einer Sepa-Lastschrift) kann der Versicherer ebenfalls in gesetzlich zulässiger Höhe geltend machen.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

(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.

Teil II

(1)

1. **Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
2. **Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
3. **Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**

(2) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

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

Teil II

(1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

(2) Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

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

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

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absatz 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags (§ 195 Absatz 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**

(3) **Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.**

(4) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes dort krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung für den Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**

(5) **Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

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

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Der Versicherer verzichtet auf die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

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

Teil II

(1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

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

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(...)

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(...)

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 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 des 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.

(...)

§ 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.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) (...)

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(...)

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

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

(1) (...)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

(...)

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2019) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif MedExtra (ME0–ME1500):

1. Selbstbehalt, Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen und Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit

a) Selbstbehalt (SB)

SB pro Person und Kalenderjahr

Leistungsstufen	ME0	ME300	ME600	ME900	ME1200	ME1500
SB € für Erwachsene[1]	0	300	600	900	1.200	1.500
SB € für Kinder/Jugendliche	0	150	300	450	600	750

Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind
- Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen,
- Leistungen für Schutzimpfungen,
- die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen gemäß Buchstabe b) sowie
- die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c).

Beginnt die Versicherung nach Tarif MedExtra nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.
Ein flexibler Wechsel zwischen den einzelnen Leistungsstufen ME0 bis ME1500 des Tarifs MedExtra ist ohne erneute Risikoprüfung möglich.
Bei einem unterjährigen Wechsel der Leistungsstufe wird zur Bestimmung der Höhe des in diesem Kalenderjahr zu berücksichtigenden Selbstbehalts für jeden versicherten Monat ein Zwölftel des Jahresselbstbehalts der jeweiligen Leistungsstufe berücksichtigt. Insofern gilt für das entsprechende Kalenderjahr ein neu berechneter Jahresselbstbehalt.
Wird der Selbstbehalt durch den Wechsel der Leistungsstufe reduziert, so wird bei der Berechnung des Jahresselbstbehalts ab dem Zeitpunkt des Wechsels der höhere Selbstbehalt noch für eine Dauer von drei weiteren Monaten zugrunde gelegt.

b) Pauschalerstattungen für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und wird in den Leistungsstufen ME0 und ME300 gewährt. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene (versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) pro Kalenderjahr
- 600 Euro in Leistungsstufe ME0,
- 300 Euro in Leistungsstufe ME300.

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

Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person
- für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen aus den Leistungsstufen ME0 beziehungsweise ME300 in Anspruch genommen wurden. Hiervon ausgenommen sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen, Leistungen für Schutzimpfungen sowie die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c),
- die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.

Die Pauschalerstattung wird im zweiten Halbjahr des Folgejahres ausgezahlt. Werden nach Auszahlung der Pauschalerstattung Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese Ansprüche mit der Pauschalerstattung verrechnet; hiervon ausgenommen sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen, Leistungen für Schutzimpfungen sowie die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c).

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

Beginnt die Versicherung nach den Leistungsstufen ME0 oder ME300 nicht zum 1. Januar oder sind diese Leistungsstufen nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Bei einem unterjährigen Wechsel zwischen den Leistungsstufen ME0 und ME300 wird zur Bestimmung der Höhe der Pauschalerstattung für dieses Kalenderjahr für jeden versicherten Monat ein Zwölftel der Pauschalerstattung der in diesem Monat versicherten Leistungsstufe berücksichtigt.
Für Kalendermonate, in denen ganz oder teilweise kein Versicherungsschutz in den Leistungsstufen ME0 oder ME300 besteht, wird die Pauschalerstattung anteilig gekürzt.

c) Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit

Während der ersten sechs Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt rückwirkend die Pflicht zur Beitragszahlung im Tarif MedExtra für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht.
Die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt rückwirkend zum Beginn einer Elternzeit im Sinne des BEEG für die ersten sechs Monate auch dann, wenn eine versicherte Person für die gesamte Dauer einer Elternzeit keinen Anspruch auf Elterngeld hat und die Elternzeit spätestens 24 Monate nach Geburt des Kindes beginnt.
Es erfolgt jedoch keine Beitragsbefreiung für den Beitragsteil einer gegebenenfalls vereinbarten Beitragsentlastung.

Für die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
- für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen bzw. Elternzeit genommen wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskosten-Vollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit vorsieht,
- der Elterngeldbescheid wird dem Versicherer spätestens sechs Monate nach dessen Ausstellungsdatum vorgelegt bzw. bei Elternzeit ohne Elterngeldbezug wird dem Versicherer spätestens sechs Monate nach deren Beginn ein geeigneter Nachweis vorgelegt.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 2 der AVB erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

a) Behandlung durch Ärzte

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

b) Behandlung durch Heilpraktiker

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

Die Erstattung aller Aufwendungen gemäß Buchstabe b) dieser Tarifbeschreibung erfolgt zu 100 Prozent und ist insgesamt auf 1.000 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

c) Sehhilfen und brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operationen)

Die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erfolgt zu 100 Prozent. Die Erstattung für Sehhilfen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 300 Euro innerhalb von 24 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien.

Die Erstattung der Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen erfolgt zu 100 Prozent und ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 2.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Ein erneuter Anspruch auf eine brechkraftverändernde Operation entsteht frühestens nach Ablauf von 60 Monaten nach der erfolgreichen Operation des jeweiligen Auges.

Nach einer brechkraftverändernden Operation entfällt der Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen für 60 Monate. Bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien entsteht ein erneuter Anspruch für Sehhilfen bereits vor Ablauf der 60 Monate.

d) Heilmittel

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

e) Ambulante Psychotherapie

Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Psychotherapie erfolgt zu 80 Prozent bis zur 30. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 31. Sitzung eines Kalenderjahres erfolgt die Erstattung zu 100 Prozent.

f) Ambulante Kurbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für ambulante Kurbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 9 sind zu 80 Prozent erstattungsfähig.

g) Ambulante Entwöhnungsbehandlung bei einer Suchterkrankung

Aufwendungen für ambulante Entwöhnungsbehandlungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12 sind zu 80 Prozent erstattungsfähig.

h) Kinderwunschbehandlung

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.

Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:
- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) besteht und
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie
- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu vier Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu vier Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger (zum Beispiel Gesetzliche oder Private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Der erneute Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach erfolgreicher Geburt des dritten Kindes.

i) Kryokonservierung

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind zu 100 Prozent erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.
Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

j) Digitale Gesundheitsanwendungen

Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 16. sind zu 80 Prozent erstattungsfähig.

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 3 der AVB erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.
Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Ziffer 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

a) Unterbringung

Es sind auch Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

b) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für privatärztliche Behandlungen werden bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT gezahlt.
Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Behandlung, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag, erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

Die Leistungssätze können Sie nachfolgender Tabelle entnehmen:

Voraussetzung	Erwachsene[1]	Kinder/Jugendliche
bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) in € je Krankenhaustag	50	25
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in € je Krankenhaustag	50	25

d) Rooming-in

Ergänzend zu § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 11 wird bei versicherten Personen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr vom Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson ausgegangen.

e) Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 bis zur Dauer von 28 Tagen bis zu 30 Euro je Tag.

f) Stationäre Entwöhnungsbehandlung bei einer Suchterkrankung

Aufwendungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 14 sind zu 80 Prozent erstattungsfähig.

g) Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind bis zu 10.000 Euro für Aufwendungen, die im Falle des Ablebens des Versicherten während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

h) Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes, mindestens 50 km entferntes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird, der Transport medizinisch vertretbar ist und die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

a) Behandlung durch Zahnärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für zahnärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ).

b) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen
- 100 Prozent für Zahnbehandlung (einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen und Inlays)
- 80 Prozent für Zahnersatz und Kieferorthopädie

c) Summenmäßig Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf
- 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.000 Euro im zweiten Kalenderjahr,
- 3.000 Euro im dritten Kalenderjahr,
- ab dem vierten Kalenderjahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

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

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des sechsten Versicherungsjahres[1] in Tarif MedExtra haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentarife des Versicherers ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Versicherung nach Tarif MedExtra hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre[2] bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedExtra nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
- vor Abschluss von Tarif MedExtra hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden;
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif MedExtra bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs MedExtra) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des sechsten Versicherungsjahres[3] in Textform beim Versicherer vorliegen.

Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I Absatz 6 der AVB mit Gesundheitsprüfung für die Mehrleistung bleibt unberührt.

6. Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs MedExtra

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen wird nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen ME0 und ME300 gewährten Pauschalerstattungen angerechnet. Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

a) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen ME0 und ME300 gewährten Pauschalerstattungen, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23–29 enthalten.
Jedoch bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening und den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reichen die im Verzeichnis bei den jeweiligen Untersuchungen aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

GOÄ-Ziffern	
250 oder 250a	Blutentnahme beim Kind
4030	TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
3789	Biotinidase
3790	Galaktose (Enzymbestimmung)
4078	Carnitin
4079	Massenspektrometrie
4210A	Tyrosinämie Typ I
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)

Screening 5-q assoziierter Muskelatrophie

GOÄ-Ziffer	
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 2-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Früherkennung der Sichelzellkrankheit

GOÄ-Ziffer	
3691 oder	Kapillarelektrophorese
3693A oder	Tandemmassenspektrometrie
3737A	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

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

2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

3 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

GOÄ-Ziffer	
602	Oxymetrische Untersuchung zur Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
26	Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3613	Glukosetoleranztest, oral
3511	Harnstreifentest
250	Blutentnahme
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
3517	Hämoglobinbestimmung
3504 oder 3550	Blutbild
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
4395	HIV-Test
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors zur Vermeidung unnötiger Anti-D-Prophylaxe

GOÄ-Ziffern	
21	Eingehende humangenetische Beratung je angefangene halbe Stunde
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 4-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851 oder 4815A	Zytologische Untersuchung bei Frauen oder Dünnschichtzytologie[1]
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials, HPV-Test erst ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503–3506	Blutbild
418	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet [2]
420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust [3]
420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite [4]

Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30 in dreijährigen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch
60A	Konsiliarische Erörterung
5266	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag für digitale Radiografie

1 von Alter 20 bis Alter 34 jährliche Untersuchung, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
2 von Alter 30 bis Alter 49 in dreijährigen Abständen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen
3 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite
4 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (ab Alter 35, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
4643	Hepatitis B-Virus
4406	Hepatitis C-Virus

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562.H1	Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
3563.H1	HDL-Cholesterin
3564.H1	LDL-Cholesterin
3565.H1	Triglyzeride
3583.H1	Bestimmung der Harnsäure

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

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3511 oder	Harnstreifentest oder
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment) / Harnsäure
250	Blutentnahme
3585.H1	Kreatinin
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503-3506	Blutbild

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)[1]

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
3735A oder 3736A	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung
261	Injektion zur Sedierung einschließlich Sachkosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
5380	Osteodensitometrie
410	Ultraschalluntersuchung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

b) Zahnprophylaktische Leistungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen ME0 und ME300 gewährten Pauschalerstattungen, falls die Kosten im Rahmen von zahnprophylaktischen Leistungen entstehen.

1 von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen oder ab Alter 50 insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)

GOZ-Ziffern	
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
1040	Professionelle Zahnreinigung

GOÄ-Ziffer	
Ä1	Beratung, auch telefonisch

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif MedBest (MB0–MB1500):

1. Selbstbehalt, Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen und Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit

a) Selbstbehalt (SB)

SB pro Person und Kalenderjahr

Leistungsstufen	MB0	MB300	MB600	MB900	MB1200	MB1500
SB € für Erwachsene[1]	0	300	600	900	1.200	1.500
SB € für Kinder/Jugendliche	0	150	300	450	600	750

Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind
- Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen,
- Leistungen für Schutzimpfungen,
- die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen gemäß Buchstabe b) sowie
- die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c).

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

Ein flexibler Wechsel zwischen den einzelnen Leistungsstufen MB0 bis MB1500 des Tarifs MedBest ist ohne erneute Risikoprüfung möglich.
Bei einem unterjährigen Wechsel der Leistungsstufe wird zur Bestimmung der Höhe des in diesem Kalenderjahr zu berücksichtigenden Selbstbehalts für jeden versicherten Monat ein Zwölftel des Jahresselbstbehalts der jeweiligen Leistungsstufe berücksichtigt. Insofern gilt für das entsprechende Kalenderjahr ein neu berechneter Jahresselbstbehalt.
Wird der Selbstbehalt durch den Wechsel der Leistungsstufe reduziert, so wird bei der Berechnung des Jahresselbstbehalts ab dem Zeitpunkt des Wechsels der höhere Selbstbehalt noch für eine Dauer von drei weiteren Monaten zugrunde gelegt.

b) Pauschalerstattungen für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und wird in den Leistungsstufen MB0, MB300 und MB600 gewährt. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene (versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) pro Kalenderjahr
- 900 Euro in Leistungsstufe MB0,
- 600 Euro in Leistungsstufe MB300,
- 300 Euro in Leistungsstufe MB600

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

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

Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person
- für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen aus den Leistungsstufen MB0, MB300 beziehungsweise MB600 in Anspruch genommen wurden. Hiervon ausgenommen sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen, Leistungen für Schutzimpfungen sowie die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c),
- die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.

Die Pauschalerstattung wird im zweiten Halbjahr des Folgejahres ausgezahlt. Werden nach Auszahlung der Pauschalerstattung Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese Ansprüche mit der Pauschalerstattung verrechnet; hiervon ausgenommen sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 6 der Tarifbeschreibung aufgeführten Maßnahmen, Leistungen für Schutzimpfungen sowie die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs gemäß Buchstabe c).

Beginnt die Versicherung nach den Leistungsstufen MB0, MB300 oder MB600 nicht zum 1. Januar oder sind diese Leistungsstufen nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Bei einem unterjährigen Wechsel zwischen den Leistungsstufen MB0, MB300 bzw. MB600 wird zur Bestimmung der Höhe der Pauschalerstattung für dieses Kalenderjahr für jeden versicherten Monat ein Zwölftel der Pauschalerstattung der in diesem Monat versicherten Leistungsstufe berücksichtigt.
Für Kalendermonate, in denen ganz oder teilweise kein Versicherungsschutz in den Leistungsstufen MB0, MB300 oder MB600 besteht, wird die Pauschalerstattung anteilig gekürzt.

c) Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit

Während der ersten sechs Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt rückwirkend die Pflicht zur Beitragszahlung im Tarif MedBest für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht.
Die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt rückwirkend zum Beginn einer Elternzeit im Sinne des BEEG für die ersten sechs Monate auch dann, wenn eine versicherte Person für die gesamte Dauer einer Elternzeit keinen Anspruch auf Elterngeld hat und die Elternzeit spätestens 24 Monate nach Geburt des Kindes beginnt.
Es erfolgt jedoch keine Beitragsbefreiung für den Beitragsteil einer gegebenenfalls vereinbarten Beitragsentlastung.

Für die Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
- für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen bzw. Elternzeit genommen wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskosten-Vollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung während des Elterngeldbezugs bzw. während der Elternzeit vorsieht,
- der Elterngeldbescheid wird dem Versicherer spätestens sechs Monate nach dessen Ausstellungsdatum vorgelegt bzw. bei Elternzeit ohne Elterngeldbezug wird dem Versicherer spätestens sechs Monate nach deren Beginn ein geeigneter Nachweis vorgelegt.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 2 der AVB erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Rechnungen für ärztliche Leistungen. Die Kosten für ärztliche Behandlungen werden bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

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

Die Erstattung aller Aufwendungen gemäß Buchstabe b) dieser Tarifbeschreibung erfolgt zu 100 Prozent und ist insgesamt auf 2.000 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

c) Sehhilfen und brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operationen)

Die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erfolgt zu 100 Prozent. Die Erstattung für Sehhilfen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien.

Die Erstattung der Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen erfolgt zu 100 Prozent und ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 4.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Ein erneuter Anspruch auf eine brechkraftverändernde Operation entsteht frühestens nach Ablauf von 60 Monaten nach der erfolgreichen Operation des jeweiligen Auges.

Nach einer brechkraftverändernden Operation entfällt der Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen für 60 Monate. Bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien entsteht ein erneuter Anspruch für Sehhilfen bereits vor Ablauf der 60 Monate.

d) Kinderwunschbehandlung

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.

Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:
- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) besteht und
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie
- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu vier Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu vier Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger (zum Beispiel Gesetzliche oder Private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Der erneute Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach erfolgreicher Geburt des dritten Kindes.

e) Kryokonservierung

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind zu 100 Prozent erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.
Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 3 der AVB erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.
Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Ziffer 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

a) Unterbringung

Es sind auch Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

b) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für privatärztliche Behandlungen werden bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT gezahlt.
Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Behandlung, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag, erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

Die Leistungssätze können Sie nachfolgender Tabelle entnehmen:

Voraussetzung	Erwachsene[1]	Kinder/Jugendliche
bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) in € je Krankenhaustag	50	25
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in € je Krankenhaustag	50	25

d) Rooming-in

Ergänzend zu § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 11 wird bei versicherten Personen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr vom Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson ausgegangen.

e) Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 bis zur Dauer von 28 Tagen bis zu 50 Euro je Tag.

f) Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind bis zu 10.000 Euro für Aufwendungen, die im Falle des Ablebens des Versicherten während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

g) Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes, mindestens 50 km entferntes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird, der Transport medizinisch vertretbar ist und die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung

Es werden Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 erstattet, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

a) Behandlung durch Zahnärzte

Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen werden bei wirksamer individueller Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattet.

b) Erstattungsprozentsätze

Die Erstattungsprozentsätze betragen
- 100 Prozent für Zahnbehandlung (einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen und Inlays)
- 90 Prozent für Zahnersatz und Kieferorthopädie

c) Summenmäßig Begrenzungen

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf
- 1.000 Euro im ersten Kalenderjahr,
- 2.000 Euro im zweiten Kalenderjahr,
- 3.000 Euro im dritten Kalenderjahr,
- ab dem vierten Kalenderjahr unbegrenzt,

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des sechsten Versicherungsjahres[2] in Tarif MedBest haben die Versicherten das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige Kostentarife des Versicherers ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- die Versicherung nach Tarif MedBest hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre[3] bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedBest nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;

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

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

3 Siehe Fußnote 2 auf dieser Seite

- vor Abschluss von Tarif MedBest hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden;
- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif MedBest bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet. Für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs MedBest) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils. Die zuvor dargestellten Fristen gelten insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des sechsten Versicherungsjahres[1] in Textform beim Versicherer vorliegen.

Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I Absatz 6 der AVB mit Gesundheitsprüfung für die Mehrleistung bleibt unberührt.

6. Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs MedBest

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen wird nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen MB0, MB300 und MB600 gewährten Pauschalerstattungen angerechnet. Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

a) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen MB0, MB300 und MB600 gewährten Pauschalerstattungen, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23–29 enthalten.
Jedoch bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening und den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reichen die im Verzeichnis bei den jeweiligen Untersuchungen aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

GOÄ-Ziffern	
250 oder 250a	Blutentnahme beim Kind
4030	TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
3789	Biotinidase
3790	Galaktose (Enzymbestimmung)
4078	Carnitin
4079	Massenspektrometrie
4210A	Tyrosinämie Typ I
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)

Screening 5-q assoziierter Muskelatrophie

GOÄ-Ziffern	
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 2-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Früherkennung der Sichelzellkrankheit

GOÄ-Ziffern	
3691 oder	Kapillarelektrophorese
3693A oder	Tandemmassenspektrometrie
3737A	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

GOÄ-Ziffer	
602	Oxymetrische Untersuchung zur Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut

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

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
26	Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3613	Glukosetoleranztest, oral
3511	Harnstreifentest
250	Blutentnahme
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
3517	Hämoglobinbestimmung
3504 oder 3550	Blutbild
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
4395	HIV-Test
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors zur Vermeidung unnötiger Anti-D-Prophylaxe

GOÄ-Ziffern	
21	Eingehende humangenetische Beratung je angefangene halbe Stunde
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 4-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851 oder	Zytologische Untersuchung bei Frauen oder
4815A	Dünnschichtzytologie[1]
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials, HPV-Test erst ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503–3506	Blutbild
418	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet [2]
420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust [3]
420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite [4 2)]

Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30 in dreijährigen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch
60A	Konsiliarische Erörterung
5266	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag für digitale Radiografie

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (ab Alter 35, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
4643	Hepatitis B-Virus
4406	Hepatitis C-Virus

1 von Alter 20 bis Alter 34 jährliche Untersuchung, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
2 von Alter 30 bis Alter 49 in dreijährigen Abständen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen
3 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite
4 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562.H1	Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
3563.H1	HDL-Cholesterin
3564.H1	LDL-Cholesterin
3565.H1	Triglyzeride
3583.H1	Bestimmung der Harnsäure

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

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3511 oder	Harnstreifentest oder
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)/Harnsäure
250	Blutentnahme
3585.H1	Kreatinin
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503–3506	Blutbild

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)[1]

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
3735A oder 3736A	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung
261	Injektion zur Sedierung einschließlich Sachkosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
5380	Osteodensitometrie
410	Ultraschalluntersuchung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

b) Zahnprophylaktische Leistungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf den jeweiligen Selbstbehalt sowie auf die in den Leistungsstufen MB0, MB300 und MB600 gewährten Pauschalerstattungen, falls die Kosten im Rahmen von zahnprophylaktischen Leistungen entstehen.

GOZ-Ziffern	
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
1040	Professionelle Zahnreinigung

GOÄ-Ziffer	
Ä1	Beratung, auch telefonisch

1 von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen oder ab Alter 50 insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)

c) Präventionskurse

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse, die der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns dienen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.
Die Erstattung erfolgt zu 100 Prozent für bis zu zwei Präventionskurse und bis zu insgesamt 200 Euro pro Kalenderjahr. Voraussetzung der Erstattung ist, dass eine mindestens 80 prozentige Teilnahme nachgewiesen wird.
Für Kurseinheiten, die bereits vor Versicherungsbeginn stattgefunden haben, erfolgt keine Erstattung.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach den Tarifen MedKlinik 1-Bett S (MK1S) und MedKlinik 2-Bett S (MK2S) sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben, bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 44. Lebensjahr vollenden.
Im Anschluss daran ist gemäß Ziffer 4 eine Weiterversicherung in Tarif MedKlinik 1-Bett L (MK1L) bzw. MedKlinik 2-Bett L (MK2L) möglich – solange für die betreffende versicherte Person weiterhin Anspruch auf Leistungen der GKV besteht.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für die unter Buchstabe a) bis j) beschriebenen Leistungen bei Heilbehandlung im Krankenhaus. Im Folgenden gelten als stationäre Heilbehandlung sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Die Beihilfe gilt nicht als anderer Kostenträger.
Eventuell bestehende Selbstbehalte durch einen mit der GKV vereinbarten Wahltarif gelten dabei als Vorleistung der GKV und sind nicht erstattungsfähig.
Nicht erstattungsfähig sind die von der GKV verlangten gesetzlichen Zuzahlungen mit Ausnahme der unter Buchstabe i) aufgeführten Leistung.

Übernimmt die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen, so erkennt der Versicherer die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung an.

Stationäre Anschlussheilbehandlungen, für die die GKV Kostenträger ist, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) der AVB erfüllen.

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind:
- abweichend von § 5 Teil II Absatz 4 der AVB stationäre Anschlussheilbehandlungen anderer Kostenträger als der GKV, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 der AVB sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

a) Privatärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Wahlarzt, Belegarzt) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung werden die Kosten auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet.

b) Gesondert berechenbare Unterbringung

MedKlinik 1-Bett S:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

MedKlinik 2-Bett S:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die bei Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die für die Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung ebenfalls Aufwendungen für die mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmten, gesondert berechenbaren Komfortelemente, wie zum Beispiel vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet.

c) Rooming-In

Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Heilbehandlung eines nach diesen Tarifen versicherten Kindes sind erstattungsfähig, sofern das Kind zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall wird die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson anerkannt.

d) Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für ambulant durchgeführte, stationsersetzende Operationen im Krankenhaus.
Als stationsersetzend gelten die zum jeweiligen Zeitpunkt im Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V – siehe Gesetzesanhang) als Kategorie 2 gekennzeichneten Operationen.

e) Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des SGB V (siehe Gesetzesanhang).

f) Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen für jeweils eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- die Aufnahmeuntersuchung wird innerhalb von sieben Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) und die Abschlussuntersuchung innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten, stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) durchgeführt und
- die Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung wird von einem Arzt oder dessen Vertreter durchgeführt, der entweder behandelnder Wahl- oder Belegarzt der versicherten Person während des Krankenhaus-Aufenthaltes oder behandelnder Arzt der versicherten Person bei der ambulanten stationsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d) ist.

g) Differenzkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mehrkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass vom Versicherten ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus, aufgesucht wird und die GKV ihre Leistung aus diesem Grund kürzt.
Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet.
Sofern das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach dem KHEntgG oder der BPflV abrechnet, z.B. weil es sich um eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag mit der GKV handelt, so erfolgt keine Leistung für Allgemeine Krankenhausleistungen aus Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S.

h) Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn
- es sich bei der stationären Heilbehandlung nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt,
- das Zielkrankenhaus mindestens 50 km vom Ursprungskrankenhaus entfernt ist,
- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird,
- die GKV die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen im Zielkrankenhaus übernimmt,
- der Verlegung keine medizinischen Gründe entgegen stehen und
- die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

i) Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenfahrten und Krankentransporten

Erstattungsfähig ist die gesetzliche Zuzahlung für Krankenfahrten und -transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bzw. einer ambulanten, stationsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d).

j) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden bei einer stationären Heilbehandlung versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet.
Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

MedKlinik 1-Bett S

Voraussetzung	Erwachsene[1]	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	50	25
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

MedKlinik 2-Bett S

Voraussetzung	Erwachsene[2]	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	30	15
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Anschlussheilbehandlung.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und von Komfortelementen, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:
- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung in einer Tagesklinik.

3. Beiträge

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesen Tarifen keine Alterungsrückstellung gebildet.
Gemäß § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB zahlen Kinder ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche; Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.
Ergänzend hierzu bestimmt sich der Beitrag für Erwachsene ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 31. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.
Die Möglichkeit einer Beitragsanpassung nach § 8b der AVB bleibt unberührt.

4. Umstellung und Befristung

a) Auf Antrag des Versicherungsnehmers sind jeweils zum nächsten Monatsersten folgende Umstellungen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten möglich:
   - von Tarif MedKlinik 1-Bett S in den leistungsgleichen Tarif MedKlinik 1-Bett L, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden,
   - von Tarif MedKlinik 2-Bett S in den leistungsgleichen Tarif MedKlinik 2-Bett L, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden.

b) Die Versicherung nach Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S endet spätestens mit Ablauf des 31. Dezembers des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 44. Lebensjahr vollendet. Es erfolgt im direkten Anschluss eine Umstellung in die leistungsgleichen Tarife MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L, in denen Alterungsrückstellungen gebildet werden. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Der Versicherungsnehmer wird mindestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt über die Umstellung vom Versicherer schriftlich informiert.

   Der Versicherungsnehmer hat folgende Rechte:

1 Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.
2 Siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

1. Widerspruchsrecht

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Umstellung für die betreffende versicherte Person bis zum Umstellungszeitpunkt in Textform (z.B. per E-Mail oder Brief) zu widersprechen. Wenn der Versicherungsnehmer der Umstellung nicht bis zum Umstellungszeitpunkt widerspricht, gilt dies als Zustimmung zur Umstellung.
Im Falle eines fristgemäßen Widerspruchs endet der Vertrag nach Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S mit Ablauf des 31. Dezembers des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 44. Lebensjahr vollendet.
Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, so hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis beginnend mit dem Umstellungszeitpunkt nach Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L im eigenen Namen fortzuführen, sofern der Fortsetzungswunsch innerhalb von zwei Monaten nach dem Umstellungszeitpunkt in Textform beim Versicherer erklärt wird.

2. Sonderkündigungsrecht

Bei nicht erfolgtem Widerspruch nach 1. hat der Versicherungsnehmer in Anlehnung an § 13 Teil I Absatz 4 der AVB das Recht, den Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Umstellungszeitpunkt rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt in Textform zu kündigen.
Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, hat der Versicherungsnehmer die Pflicht, die versicherte Person über eine erfolgte Kündigung zu informieren. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Erfüllung dieser Pflicht dem Versicherer nachweist.
In diesem Fall hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis beginnend mit dem Umstellungszeitpunkt im eigenen Namen nach Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L fortzuführen, sofern sie dies innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung in Textform beim Versicherer beantragt.

Voraussetzung für die Umstellung nach Buchstabe a) oder b) ist, dass für die betreffende versicherte Person weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht.
Zum Zeitpunkt der Umstellung nach Buchstabe a) oder b) wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des dritten und erneut zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres[1] in Tarif MedKlinik 2-Bett S hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betreffende versicherte Person den Versicherungsschutz in den Tarif MedKlinik 1-Bett S ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten umzustellen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S hat ununterbrochen zwei bzw. fünf Versicherungsjahre[2] für die betroffene versicherte Person bestanden, wobei
  - die Zeiten einer unmittelbaren Vorversicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L angerechnet werden sowie
  - die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S sowie MedKlinik 2-Bett L nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist zum Umstellungszeitpunkt gegeben;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des dritten bzw. des sechsten Versicherungsjahres[3] in Textform beim Versicherer eingegangen sein.

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.
Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

6. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 6 der AVB entfällt bei den Tarifen MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 2-Bett S für die betreffende versicherte Person die allgemeine Wartezeit.

Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB bleiben unberührt.
Auch bei Vertragsänderungen gelten die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 6.

1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite
3 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

Tarif MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach den Tarifen MedKlinik 1-Bett L (MK1L) und MedKlinik 2-Bett L (MK2L) sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für die unter Buchstabe a) bis j) beschriebenen Leistungen bei Heilbehandlung im Krankenhaus. Im Folgenden gelten als stationäre Heilbehandlung sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Die Beihilfe gilt nicht als anderer Kostenträger.
Eventuell bestehende Selbstbehalte durch einen mit der GKV vereinbarten Wahltarif gelten dabei als Vorleistung der GKV und sind nicht erstattungsfähig.
Nicht erstattungsfähig sind die von der GKV verlangten gesetzlichen Zuzahlungen mit Ausnahme der unter Buchstabe i) aufgeführten Leistung.

Übernimmt die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen, so erkennt der Versicherer die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung an.

Stationäre Anschlussheilbehandlungen, für die die GKV Kostenträger ist, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) der AVB erfüllen.

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind:
- abweichend von § 5 Teil II Absatz 4 der AVB stationäre Anschlussheilbehandlungen anderer Kostenträger als der GKV, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 der AVB sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

a) Privatärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Wahlarzt, Belegarzt) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung werden die Kosten auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet.

b) Gesondert berechenbare Unterbringung

MedKlinik 1-Bett L:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

MedKlinik 2-Bett L:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die bei Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die für die Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung ebenfalls Aufwendungen für die mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmten, gesondert berechenbaren Komfortelemente, wie zum Beispiel vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet.

c) Rooming-In

Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Heilbehandlung eines nach diesen Tarifen versicherten Kindes sind erstattungsfähig, sofern das Kind zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall wird die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson anerkannt.

d) Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für ambulant durchgeführte, stationsersetzende Operationen im Krankenhaus.
Als stationsersetzend gelten die zum jeweiligen Zeitpunkt im Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V – siehe Gesetzesanhang) als Kategorie 2 gekennzeichneten Operationen.

e) Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des SGB V (siehe Gesetzesanhang).

f) Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen für jeweils eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- die Aufnahmeuntersuchung wird innerhalb von sieben Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) und die Abschlussuntersuchung innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten, stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) durchgeführt und
- die Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung wird von einem Arzt oder dessen Vertreter durchgeführt, der entweder behandelnder Wahl- oder Belegarzt der versicherten Person während des Krankenhaus-Aufenthaltes oder behandelnder Arzt der versicherten Person bei der ambulanten stationsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d) ist.

g) Differenzkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mehrkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass vom Versicherten ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus, aufgesucht wird und die GKV ihre Leistung aus diesem Grund kürzt.
Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet.
Sofern das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach dem KHEntgG oder der BPflV abrechnet, z.B. weil es sich um eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag mit der GKV handelt, so erfolgt keine Leistung für Allgemeine Krankenhausleistungen aus Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L.

h) Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn
- es sich bei der stationären Heilbehandlung nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt,
- das Zielkrankenhaus mindestens 50 km vom Ursprungskrankenhaus entfernt ist,
- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird,
- die GKV die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen im Zielkrankenhaus übernimmt,
- der Verlegung keine medizinischen Gründe entgegen stehen und
- die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

i) Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenfahrten und Krankentransporten

Erstattungsfähig ist die gesetzliche Zuzahlung für Krankenfahrten und -transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bzw. einer ambulanten, stationsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d).

j) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden bei einer stationären Heilbehandlung versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet.
Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

MedKlinik 1-Bett L

Voraussetzung	Erwachsene[1]	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	50	25
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

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

MedKlinik 2-Bett L

Voraussetzung	Erwachsene[1]	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	30	15
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Anschlussheilbehandlung.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und von Komfortelementen, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:
- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung in einer Tagesklinik.

3. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des dritten und erneut zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres[2] in Tarif MedKlinik 2-Bett L hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betreffende versicherte Person den Versicherungsschutz in den Tarif MedKlinik 1-Bett L ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten umzustellen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L hat ununterbrochen zwei bzw. fünf Versicherungsjahre[3] für die betroffene versicherte Person bestanden, wobei
  - die Zeiten einer unmittelbaren Vorversicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S angerechnet werden sowie
  - die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L sowie MedKlinik 2-Bett S nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist zum Umstellungszeitpunkt gegeben;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des dritten bzw. des sechsten Versicherungsjahres[4] in Textform beim Versicherer eingegangen sein.

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.
Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 6 der AVB entfällt bei den Tarifen MedKlinik 1-Bett L und MedKlinik 2-Bett L für die betreffende versicherte Person die allgemeine Wartezeit.

Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB bleiben unberührt.
Auch bei Vertragsänderungen gelten die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 6.

1 Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.
2 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
3 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite
4 siehe Fußnote 2 auf dieser Seite

Gesetzesanhang für die Tarife MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 2-Bett S, MedKlinik 1-Bett L und MedKlinik 2-Bett L

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(...)

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. (...)

(...)

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten-Versicherung für Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Tarifübergreifende Bestimmungen der Tarifbeschreibung (Teil III A. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung TB/KK 2019) sowie Teil III (der Tarifbeschreibung, bestehend aus A. Tarifübergreifende Bestimmungen der Tarifbeschreibung und B. Tarifbeschreibung des jeweiligen Tarifs im engeren Sinne).

1. Versicherungsfähigkeit sowie umfasste Tarife

Versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige).

Diese tarifübergreifenden Bestimmungen der Tarifbeschreibung gelten für folgende Tarife:

(I) Grundtarif BeihilfeBest
(II) Stationäre Wahlleistungstarife BeihilfeKlinik und BeihilfeEinbett
(III) Ergänzungstarif BeihilfeErgänzungBest

Zu (I): Der Grundtarif BeihilfeBest leistet für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung anteilig gemäß dem versicherten Prozentsatz. Dieser muss zusammen mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben. Erwachsene in Tarif BeihilfeBest, deren Beihilfebemessungssatz 50 Prozent beträgt und mit dem Eintritt in den Ruhestand auf 70 Prozent ansteigt, sind zudem in den Tarifstufen BHB30 und BHB20T versicherungsfähig. Die Tarifstufe BHB20T endet mit dem Eintritt in den Ruhestand, spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht hat. Besteht nach Erreichen der Altersgrenze weiterhin ein Beihilfebemessungssatz von 50 Prozent, kann innerhalb von sechs Monaten nach Entfall der Tarifstufe BHB20T auf Antrag eine Umstellung in BHB50 zum Zeitpunkt des Entfalls der Tarifstufe BHB20T erfolgen. Dem Grundtarif BeihilfeBest wird die Zahl des versicherten ambulanten Prozentsatzes im Tarifnamen angehängt, was die versicherte Tarifstufe ergibt. Für Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen) wird in der Tarifstufe zusätzlich der Buchstabe „H“ angehängt.

Zu (II):Der Tarif BeihilfeKlinik leistet entweder zu 100 Prozent oder – sofern für die versicherte Person ein Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen besteht – anteilig gemäß dem versicherten Prozentsatz. Dieser muss zusammen mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz 100 Prozent ergeben. Sofern Beihilfefähigkeit für stationäre Wahlleistungen besteht, sind Erwachsene im Tarif BeihilfeKlinik, deren Beihilfebemessungssatz 50 Prozent beträgt und mit dem Eintritt in den Ruhestand auf 70 Prozent ansteigt, zudem in den Tarifstufen BHK30 und BHK20T versicherungsfähig. Die Tarifstufe BHK20T endet mit dem Eintritt in den Ruhestand, spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht hat. Besteht nach Erreichen der Altersgrenze weiterhin ein Beihilfebemessungssatz von 50 Prozent kann innerhalb von sechs Monaten nach Entfall der Tarifstufe BHK20T auf Antrag eine Umstellung in BHK50 zum Zeitpunkt des Entfalls der Tarifstufe BHK20T erfolgen. Versicherungsfähigkeit zur stationären Absicherung des Einbettzimmers im Tarif BeihilfeEinbett besteht nur dann, wenn gleichzeitig der Tarif BeihilfeKlinik abgeschlossen wird oder bereits besteht. Endet die Versicherung nach Tarif BeihilfeKlinik, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif BeihilfeEinbett.

Zu (III): Versicherungsfähigkeit im Ergänzungstarif BeihilfeErgänzungBest besteht nur dann, wenn gleichzeitig der Grundtarif BeihilfeBest sowie der Tarif BeihilfeKlinik abgeschlossen werden oder beide Tarife bereits bestehen. Endet die Versicherung nach Tarif BeihilfeBest oder nach Tarif BeihilfeKlinik, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung nach Tarif BeihilfeErgänzungBest. Die versicherte Tarifstufe im Tarif BeihilfeErgänzungBest muss der versicherten Tarifstufe im Tarif BeihilfeBest entsprechen. Erfolgt ein Wechsel in der Tarifstufe des Grundtarifs, erfolgt auch der entsprechende Wechsel in der Tarifstufe des Ergänzungstarifs.

2. Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs

a) Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich bei einer versicherten Person der Beihilfebemessungssatz, so besteht der Anspruch, dass für sie der versicherte Prozentsatz des Grundtarifs BeihilfeBest sowie ggf. des Tarifs BeihilfeKlinik und auch des Ergänzungstarifs BeihilfeErgänzungBest so angepasst wird, dass die Summe zusammen mit dem neuem Beihilfebe-

messungssatz jeweils 100 Prozent ergibt. Im Tarif BeihilfeKlinik gilt dies auch dann, wenn der Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen entfällt, aber grundsätzlich weiterhin Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besteht. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

b) Wegfall des Beihilfeanspruchs

Entfällt bei einer versicherten Person der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall, so besteht das Recht, dass die Versicherung im Rahmen der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherungstarife des Versicherers so angepasst wird, dass dadurch der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.
Bei Ausübung dieses Rechts innerhalb der Frist von sechs Monaten seit Entfall des Beihilfeanspruchs (entsprechend Buchstabe c) Satz 1) hat der Versicherungsnehmer zusätzlich das Recht, für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten eine Krankentagegeldversicherung für Krankheitskosten-Vollversicherte nach den folgenden Bestimmungen zu vereinbaren:

- Die Leistungen für Selbstständige beginnen frühestens ab dem 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bzw. für Arbeitnehmer frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- die Tagegeldhöhe darf insgesamt das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen, maximal jedoch 140 Prozent des zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengelds für Arbeitnehmer der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, nicht übersteigen.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

Entfällt bei einer versicherten Person der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall und besteht ab diesem Zeitpunkt Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV), so gilt § 13 Teil II Absatz 3 der AVB, wobei als bisheriger Versicherungsschutz die Leistungen der Beihilfe und der bisher hierzu bestehende Versicherungsschutz beim Versicherer in Summe gilt. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

c) Frist zur Wahrung des Anspruchs auf Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten

Der Anspruch auf Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Buchstaben a) und b) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten besteht nur dann, wenn der Versicherungsnehmer den Antrag hierzu innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Änderung in Textform beim Versicherer stellt. Der letzte Halbsatz von § 13 Teil II Absatz 3 der AVB findet dabei keine Anwendung. Nach Ablauf der Frist ist eine Erhöhung des Versicherungsschutzes nur mit Gesundheitsprüfung und mit Wartezeiten möglich.
Abweichend von § 16 Teil II wird die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfebemessungssatzes wirksam.

3. Besondere Bedingungen für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe

a) Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf), für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht, können ab Vollendung des 16. Lebensjahres bis Vollendung des 39. Lebensjahres für die maximale Versicherungsdauer von fünf Jahren zu besonderen Bedingungen versichert werden. Gleiches gilt für deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz, sofern für diesen ebenfalls ein Anspruch auf Beihilfe besteht.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 und § 8a Teil II Absatz 2 der AVB werden während der Versicherung nach diesen besonderen Bedingungen keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Gemäß § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 1 der AVB bestimmt sich der Beitrag bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Abweichend von § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag der nach diesen besonderen Bedingungen versicherten Personen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21., 26., 31. und 36. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem jeweiligen Kalenderjahr.

Während der Versicherungszeit zu diesen besonderen Bedingungen beginnen die Tarifnamen mit „BA“ anstelle von „BH“.

Die besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem der Vorbereitungsdienst beendet wird, spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 39. Lebensjahr vollendet wird oder die maximale Versicherungsdauer von fünf Jahren erreicht wird. Enden die besonderen Bedingungen für den Beamten im Vorbereitungsdienst, so enden sie zum selben Zeitpunkt auch für dessen Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz, sofern dieser bis dahin auch nach diesen besonderen Bedingungen versichert ist. Nach dem Ende der besonderen Bedingungen besteht das Recht auf nahtlose Fortführung der Versicherung in allen für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostentarifen für Personen mit Anspruch auf Beihilfe, sofern ab diesem Zeitpunkt weiterhin Anspruch auf Beihilfe besteht. Es dürfen dabei auch bisher nicht versicherte Tarife (z.B. zum Einschluss stationärer Wahlleistungen) neu abgeschlossen werden. Darüber hinaus besteht das Recht auf Neuabschluss eines Krankenhaustagegeldtarifs beim Versicherer bis maximal 50 Euro Tagessatz oder Erhöhung eines bestehenden Krankenhaustagegeldtarifs auf maximal 50 Euro Tagessatz.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst. Das Recht auf Anpassung des Versicherungsschutzes besteht ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, wenn der Versicherungsnehmer den Antrag hierzu innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende des Vorbereitungsdienstes beim Versicherer stellt. Nach Ablauf der Frist ist eine Erhöhung des Versicherungsschutzes nur mit Gesundheitsprüfung und mit Wartezeiten möglich.

b) Abweichend von Buchstabe a) besteht in den Tarifen mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 Prozent (BAB100 und BAK100) sowie im Tarif BA1 Versicherungsfähigkeit auch dann, wenn kein Anspruch auf Beihilfe für die versicherte Person mehr besteht. Voraussetzung dafür ist, dass unmittelbar zuvor Versicherungsschutz nach den besonderen Bedingungen gemäß Buchstabe a) im jeweiligen Tarif bestanden hat und die versicherte Person das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Weitere Voraussetzung ist, dass kein Anspruch auf Absicherung in der GKV besteht und keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen wird. Versicherungsfähigkeit in den genannten Tarifen besteht nach Wegfall des Beihilfeanspruchs für maximal zwölf Monate, jedoch nicht länger als bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres.

c) Sofern zum Ende der Versicherung gemäß Buchstabe b) erneut Anspruch auf Beihilfe besteht, besteht das Recht auf nahtlose Fortführung der Versicherung in allen für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostentarifen für Personen mit Anspruch auf Beihilfe. Es dürfen dabei auch bisher nicht versicherte Tarife (z.B. zum Einschluss stationärer Wahlleistungen) neu abgeschlossen werden. Darüber hinaus besteht das Recht auf Neuabschluss eines Krankenhaustagegeldtarifs beim Versicherer bis maximal 50 Euro Tagessatz oder Erhöhung eines bestehenden Krankenhaustagegeldtarifs auf maximal 50 Euro Tagessatz.
Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst. Das Recht auf Anpassung des Versicherungsschutzes besteht ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, wenn der Versicherungsnehmer den Antrag hierzu innerhalb von sechs Monaten nach dem Beginn des erneuten Anspruchs auf Beihilfe beim Versicherer stellt. Nach Ablauf der Frist ist eine Erhöhung des Versicherungsschutzes nur mit Gesundheitsprüfung und mit Wartezeiten möglich.

Tarifbeschreibung
(Teil III B. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung TB/KK 2019) sowie Teil III (der Tarifbeschreibung, bestehend aus A. Tarifübergreifende Bestimmungen der Tarifbeschreibung und B. Tarifbeschreibung des jeweiligen Tarifs im engeren Sinn).

Tarif BeihilfeBest:

1. Tarifstufe (prozentuale Erstattung)

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Höhe der Erstattung

Tarifstufe	BHB50	BHB40	BHB35	BHB30	BHB25	BHB20	BHB20T[1]	BHB15	BHB10
Erstattungssatz in Prozent	50	40	35	30	25	20	20	15	10

1 Mit Eintritt in den Ruhestand, spätestens bei Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand, endet Tarifstufe BHB20T. Sollte bei Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand noch kein Eintritt in den Ruhestand erfolgt sein, erfolgt auf Antrag des Kunden die Umstellung der Tarifstufen BHB30 und BHB20T in Tarifstufe BHB50 zum ersten des Monats, der auf das Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand folgt.

b) für versicherte Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen)

Höhe der Erstattung

Tarifstufe	BHB50H	BHB45H	BHB40H	BHB35H	BHB30H	BHB25H	BHB20H
Erstattungssatz ambulant/Zahn in Prozent	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungssatz stationär in Prozent	35	30	25	20	15	15	15

c) für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB[1]

Höhe der Erstattung

Tarifstufe	BAB100[2]	BAB50	BAB30	BAB10	BAB30H[3]
Erstattungssatz ambulant/Zahn in Prozent	100	50	30	10	30
Erstattungssatz stationär in Prozent	100	50	30	10	15

Die nach den folgenden Ziffern 2 bis 4 erstattungsfähigen Aufwendungen werden nur in Höhe des prozentualen Erstattungssatzes der vereinbarten Tarifstufe übernommen.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 2 der AVB, sofern nachfolgend keine abweichenden oder ergänzenden Regelungen getroffen werden.

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 1 der AVB. Hierbei sind bei wirksamer Honorarvereinbarung auch Gebühren über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 1 der AVB bis zum Höchstbetrag des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

c) Sehhilfen und brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operationen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 Buchstabe b) der AVB bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro begrenzt.

d) Hilfsmittel (außer Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Hilfsmittel gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 Buchstabe a) der AVB. Darunter fallen insbesondere auch die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes, Blindenlesegeräte, Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik (einschließlich Austausch der Sensoren) sowie alle sonstigen beihilfefähigen Hilfsmittel.

e) Ambulante Psychotherapie

Die Leistungsvoraussetzung der Eintragung ins Arztregister bei psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichentherapeuten gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 8 Buchstabe a) der AVB entfällt. Alle anderen Bestimmungen bleiben unberührt.

f) Arzneimittel

Ergänzend zu § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 2 der AVB sind für Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch Arzneimittel erstattungsfähig, die ausschließlich zur hormonellen Verhütung einer Schwangerschaft angewandt werden.

1 Während der Versicherungszeit zu den besonderen Bedingungen gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB beginnen die Tarifnamen mit „BA“ anstelle von „BH“.
2 Tarifstufe nur übergangsweise bis zu zwölf Monate für Beamte auf Widerruf nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes und Wegfall der Beihilfe versicherbar.
3 Für versicherte Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen).

g) Kinderwunschbehandlung

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.
Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren),
- die Frau hat zum Zeitpunkt der Behandlung das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- der Mann hat das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu vier Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu vier Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger als der Beihilfe der versicherten Person (zum Beispiel gesetzliche oder private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Der erneute Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach erfolgreicher Geburt des dritten Kindes des Paares.

h) Kryokonservierung

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.
Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

i) Ambulanter Rehabilitationssport in Gruppen

Erstattungsfähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, soweit die Aufwendungen hierfür beihilfefähig sind.

j) Präventionsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 200 Euro pro Kalenderjahr für Präventionsmaßnahmen, die der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Handelns dienen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.
Voraussetzung für die Erstattung ist, dass eine mindestens 80-prozentige Teilnahme an der jeweiligen Maßnahme nachgewiesen wird.

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 3 der AVB, sofern nachfolgend keine abweichenden oder ergänzenden Regelungen getroffen werden.
Als stationäre Heilbehandlung gelten sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.
Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Ziffer 4 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

a) Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen eines Belegarztes. Hierbei sind bei wirksamer Honorarvereinbarung auch Gebühren über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

b) Rooming-in

Ergänzend zu § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 11 der AVB wird bei versicherten Personen, die zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vom Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson ausgegangen.

c) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen mit dem gesetzlichem Rehabilitationsträger Beihilfe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 der AVB sind begrenzt auf 28 Tage je Maßnahme und einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von maximal 300 Euro pro Tag. Alle anderen Bestimmungen bleiben unberührt. Die Begrenzungen des ersten Satzes gelten nicht für Anschlussheilbehandlungen, deren Leistungsversprechen in § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) geregelt sind.

d) Rücktransport aus dem Ausland und Bergungen

1. Zu § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 10 gilt:
   Sofern der Rücktransport über den Versicherer organisiert wird, gilt das vom Versicherer gewählte Transportmittel als das kostengünstigste.
   Als medizinisch notwendig gilt ein Rücktransport, sofern
   - die medizinische Versorgung in einem Krankenhaus in Deutschland als besser anzusehen ist als die in einem am ausländischen Ort in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehenden Krankenhäuser und deshalb bei Verbleib im ausländischen Krankenhaus ein Gesundheitsrisiko für die versicherte Person entstünde oder
   - die Dauer des Aufenthalts im ausländischen Krankenhaus vom Zeitpunkt der Beantragung des Rücktransports an gerechnet voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde oder
   - die versicherte Person nach Ende eines notfallmäßigen akutstationären Aufenthalts im Ausland aus medizinischen Gründen nicht dazu in der Lage ist, die Rückreise zur Weiterbehandlung in Deutschland auf normalem Wege anzutreten.

   Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendigem Rücktransport von Minderjährigen auch die Reisekosten einer volljährigen Begleitperson, die die minderjährige Person während des Rücktransportes begleitet. Sofern dabei für die Reise öffentliche Verkehrsmittel benutzt werden, sind nur die Kosten der günstigsten Beförderungsklasse erstattungsfähig, es sei denn, der Versicherer hat vor Antritt der Reise etwas anderes mit dem Versicherungsnehmer vereinbart.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten einer Bergung der versicherten Person im In- und Ausland bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Versicherungsfall, sofern die Bergung notwendig ist, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine Gefahr für Leib und Leben besteht.

e) Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 10.000 Euro Aufwendungen, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

f) Fahrt- und Transportkosten

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

4. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der AVB, sofern nachfolgend keine abweichenden oder ergänzenden Regelungen getroffen werden.

Behandlung durch Zahnärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen. Hierbei sind bei wirksamer Honorarvereinbarung auch Gebühren über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Mit Wirkung zum Beginn (1. Januar) des sechsten Versicherungsjahres[1] nach Versicherungsbeginn im Tarif BeihilfeBest haben die versicherten Personen das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in alle für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostentarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Es dürfen dabei auch bisher nicht versicherte Tarife (z.B. zum Einschluss stationärer Wahlleistungen) neu abgeschlossen werden. Darüber hinaus besteht das Recht auf Neuabschluss eines Krankenhaustagegeldtarifs beim Versicherer bis maximal 50 Euro Tagessatz oder Erhöhung eines bestehenden Krankenhaustagegeldtarifs auf maximal 50 Euro Tagessatz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Voraussetzung für die Ausübung des Optionsrechtes ist, dass die folgenden Bestimmungen allesamt erfüllt sind:

- Die Versicherung nach Tarif BeihilfeBest hat ununterbrochen fünf Versicherungsjahre[2] bestanden, wobei die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung sowie die Zeiten, während denen die Versicherung zu besonderen Bedingungen für Beamte im Vorbereitungsdienst (Teil III A. Ziffer 3 der AVB) bestanden hat, die Versicherung nach Tarif BeihilfeBest nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist in den gewünschten Tarifen gegeben;
- unmittelbar vor Abschluss von Tarif BeihilfeBest hat für die versicherte Person keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer bestanden;

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

2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

- die versicherte Person hatte im Jahr des Abschlusses von Tarif BeihilfeBest bereits ihr 21. Lebensjahr vollendet; für jüngere Personen (Kinder und Jugendliche bei Abschluss des Tarifs BeihilfeBest) besteht die Möglichkeit zur Umstellung nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils, wobei der neu abgeschlossene Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender sein darf als der des Elternteils; die zuvor dargestellte Frist gilt insofern für Kinder und Jugendliche nicht;
  die vorstehende Alterseinschränkung zur Ausübung der Option gilt nicht für versicherte Personen, die bei Abschluss des Tarifs BeihilfeBest zu den besonderen Bedingungen für Beamte im Vorbereitungsdienst gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB versichert worden sind;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des sechsten Versicherungsjahres[1] in Textform beim Versicherer vorliegen.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen für den angepassten Versicherungsschutz; eventuelle bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.
Das Umstellungsrecht gemäß § 1 Teil I Absatz 6 der AVB mit Gesundheitsprüfung und Wartezeiten für die Mehrleistung bleibt unberührt.

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Tarif BeihilfeKlinik:

1. Tarifstufe (prozentuale Erstattung)

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Höhe der Erstattung

Tarifstufe	BHK100	BHK50	BHK35	BHK30	BHK25	BHK20	BHK20T[2]	BHK15	BHK10
Erstattungssatz in Prozent	100	50	35	30	25	20	20	15	10

b) für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB[3]

Höhe der Erstattung

Tarifstufe	BAK100[4]	BAK50	BAK30	BAK15	BAK10
Erstattungssatz stationär in Prozent	100	50	30	15	10

Die nach der folgenden Ziffer 2 erstattungsfähigen Aufwendungen werden nur in Höhe des prozentualen Erstattungssatzes der vereinbarten Tarifstufe übernommen.

2. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 der AVB sind ausschließlich die nachfolgend unter Buchstabe a) bis c) beschriebenen Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung erstattungsfähig. Als stationäre Heilbehandlung gelten sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.
Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind Aufwendungen für stationäre Entwöhnungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 14 der AVB.

a) Wahlärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für gesondert berechenbare Leistungen eines Wahlarztes. Hierbei sind bei wirksamer Honorarvereinbarung auch Gebühren über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig

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

2 Mit Eintritt in den Ruhestand, spätestens bei Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand, endet Tarifstufe BHK20T. Sollte bei Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand noch kein Eintritt in den Ruhestand erfolgt sein, erfolgt auf Antrag des Kunden die Umstellung der Tarifstufen BHK30 und BHK20T in Tarifstufe BHK50 zum ersten des Monats, der auf das Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze für den Ruhestand folgt.

3 Während der Versicherungszeit zu den besonderen Bedingungen gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB beginnen die Tarifnamen mit „BA“ anstelle von „BH“.

4 Tarifstufe auch übergangsweise bis zu zwölf Monate für Beamte auf Widerruf nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes und Wegfall der Beihilfe versicherbar.

b) Gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer werden die Aufwendungen erstattet, die bei Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die für die Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden bei einer akutstationären Heilbehandlung versicherte Leistungen nach Buchstabe a) oder b) nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet. Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden. Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Entwöhnungsmaßnahme, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere einer stationären Anschlussheilbehandlung) sowie einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

Höhe des Ersatz-KHT **bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen gemäß Buchstabe a) und gleichzeitiger Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbaren belegärztlichen Leistungen (im Grundtarif) während des gesamten Krankenhausaufenthalts** in Euro je Krankenhaustag und Tarifstufe:

Höhe des Ersatz-KHT

Tarifstufe	BHK100 BAK100	BHK50 BAK50	BHK35	BHK30 BAK30	BHK25	BHK20	BHK20T	BHK15 BAK15	BHK10 BAK10
Ersatz-KHT in €	50,00	25,00	17,50	15,00	12,50	10,00	10,00	7,50	5,00

Höhe des Ersatz-KHT **bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung gemäß Buchstabe b)** in Euro je Krankenhaustag und Tarifstufe:

Höhe des Ersatz-KHT

Tarifstufe	BHK100 BAK100	BHK50 BAK50	BHK35	BHK30 BAK30	BHK25	BHK20	BHK20T	BHK15 BAK15	BHK10 BAK10
Ersatz-KHT in €	30,00	15,00	10,50	9,00	7,50	6,00	6,00	4,50	3,00

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:

- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung

Tarif BeihilfeEinbett:

1. Tarifstufen

Tarif BeihilfeEinbett ist nur in einer Tarifstufe abschließbar, die mit BH1 bezeichnet wird. Für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB lautet die Tarifbezeichnung BA1. Dabei kann BA1 auch übergangsweise bis zu zwölf Monate nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes und Wegfall der Beihilfe bestehen.

2. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 der AVB sind ausschließlich die nachfolgend unter Buchstabe a) und b) beschriebenen Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung erstattungsfähig. Als stationäre Heilbehandlung gelten sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.
Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind Aufwendungen für stationäre Entwöhnungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 14 der AVB.

a) Gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer

Erstattungsfähig sind zu 100 Prozent die nach Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs BeihilfeKlinik verbleibenden Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Familienzimmer zu 100 Prozent erstattungsfähig, die nach Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs BeihilfeKlinik verbleiben. Voraussetzung ist, dass die Mutter nach diesem Tarif versichert ist.

b) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Wird bei einer akutstationären Heilbehandlung die versicherte Leistung nach Buchstabe a) nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet. Die Ersatzleistung wird für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht. Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Entwöhnungsmaßnahme, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere einer stationären Anschlussheilbehandlung) sowie einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

Die Höhe des Ersatz-KHT beträgt 20 Euro je Krankenhaustag.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:
- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung

Tarif BeihilfeErgänzungBest:

1. Tarifstufe (in Abhängigkeit vom Grundtarif)

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe	BHEB50	BHEB40	BHEB35	BHEB30	BHEB25	BHEB20	BHEB15	BHEB10
Versicherbar mit Beihilfe-Grundtarifstufe	BHB50 BHB30+BHB20T	BHB40	BHB35	BHB30	BHB25	BHB20	BHB15	BHB10

b) für versicherte Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen)

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe	BHEB50H	BHEB45H	BHEB40H	BHEB35H	BHEB30H	BHEB25H	BHEB20H
Versicherbar mit Beihilfe-Grundtarifstufe	BHB50H	BHB45H	BHB40H	BHB35H	BHB30H	BHB25H	BHB20H

c) für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB[1]

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe	BAEB50	BAEB30	BAEB10	BAEB30H[2]
Versicherbar mit Beihilfe-Grundtarifstufe	BAB50	BAB30	BAB10	BAB30H[3]

2. Erstattungssystematik

Die in den folgenden Ziffern 3 bis 6 beschriebenen Leistungen dieses Tarifs umfassen nur solche Leistungen, bei denen die Beihilfe ihren Anteil nicht oder nicht in voller Höhe übernimmt, während gleichzeitig eine Leistungspflicht aus dem Grundtarif oder aus dem stationären Wahlleistungstarif besteht. Das bedeutet, dass eine Leistung aus diesem Tarif nur dann erfolgt, wenn Anspruch auf eine Leistung aus dem Grundtarif oder aus dem stationären Wahlleistungstarif besteht. Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach den folgenden Ziffern 3 bis 6 werden dann unter Anrechnung der Leistung aus dem Grundtarif bzw. stationären Wahlleistungstarif und einer etwaigen Leistung der Beihilfe zu 100 Prozent übernommen.

Nicht erstattungsfähig sind von der Beihilfe festgelegte Eigenbehalte (z.B. für Arzneimittel) sowie Kostendämpfungspauschalen.

3. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind ausschließlich die nachfolgend unter Buchstabe a) bis h) beschriebenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung in Verbindung mit der zur jeweiligen Leistung korrespondierenden Bestimmung von § 4 Teil II Absatz 2 der AVB. Darüberhinausgehende Leistungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 der AVB finden für diesen Tarif keine Anwendung.

1 Während der Versicherungszeit zu den besonderen Bedingungen gemäß Teil III A. Ziffer 3 der AVB beginnen die Tarifnamen mit „BA“ anstelle von „BH“.
2 Für versicherte Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen).
3 siehe Fußnote 2

a) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind bei ärztlichen Behandlungen gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 1 der AVB Aufwendungen für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die von der Beihilfe nur deshalb nicht übernommen wurden, weil die Höchstsätze der GOÄ überschritten wurden.

b) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 1 der AVB bis zum Höchstbetrag des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

c) Sehhilfen und brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operationen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 Buchstabe b) der AVB bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro innerhalb von 24 Monaten.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Innerhalb der ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn sind die Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 600 Euro begrenzt.

d) Hilfsmittel (außer Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für beihilfefähige Hilfsmittel gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 Buchstabe a) der AVB, soweit ein Hilfsmittel aus dem Grundtarif erstattungsfähig ist. Keine Leistung erfolgt jedoch für ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro, sofern für dieses eine Kürzung der Leistung im Grundtarif aufgrund fehlender vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 Buchstabe a) zweiter Absatz der AVB erfolgt ist.

e) Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für beihilfefähige Heilmittel gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 4 der AVB.

f) Arzneimittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arzneimittel gemäß § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 2 der AVB, die nicht beihilfefähig sind.

g) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen gemäß § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe a) der AVB.

h) Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten gemäß § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe b) der AVB.

4. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind ausschließlich die nachfolgend unter Buchstabe a) bis e) beschriebenen Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung in Verbindung mit der zur jeweiligen Leistung korrespondierenden Bestimmung von § 4 Teil II Absatz 3 der AVB. Darüberhinausgehende Leistungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 der AVB finden für diesen Tarif keine Anwendung.
Als stationäre Heilbehandlung gelten sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.
Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß Ziffer 5 dieser Tarifbeschreibung erstattungsfähig.

a) Privatärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind bei privatärztlicher Behandlung (Wahlarzt, Belegarzt) gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 2 der AVB Aufwendungen für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die von der Beihilfe nur deshalb nicht übernommen wurden, weil die Höchstsätze der GOÄ überschritten wurden.

b) Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 1 der AVB in Krankenhäusern, die weder nach der Bundespflegesatzverordnung noch nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen.

c) Rooming-in

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 11 der AVB. Bei versicherten Personen, die zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird vom Vorliegen medizinischer Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson ausgegangen.

d) Rücktransport aus dem Ausland und Bergungen

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Rücktransport aus dem Ausland gemäß § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 10. Die im Grundtarif unter Ziffer 3 Buchstabe d) 1. genannten Bedingungen gelten als Leistungsvoraussetzung entsprechend.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten einer Bergung der versicherten Person im In- und Ausland bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Versicherungsfall, sofern die Bergung notwendig ist, um die versicherte Person aus einer Situation zu befreien, in der für sie eine Gefahr für Leib und Leben besteht.

e) Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 10.000 Euro Aufwendungen, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5. Erstattung bei zahnärztlicher Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind ausschließlich die nachfolgend unter Buchstabe a) bis c) beschriebenen Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung in Verbindung mit der zur jeweiligen Leistung korrespondierenden Bestimmung von § 4 Teil II Absatz 4 der AVB. Darüber hinausgehende Leistungen gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der AVB finden für diesen Tarif keine Anwendung.

a) Behandlung durch Zahnärzte

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Heilbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der AVB Aufwendungen für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ), die von der Beihilfe nur deshalb nicht übernommen wurden, weil die Höchstsätze der GOÄ bzw. GOZ überschritten wurden.

b) Zahnersatz und zugehörige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (auch implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen) sowie zugehörige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 2 der AVB.

c) Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Leistungen bei
- Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB sofern diese beihilfefähig sind,
- kieferorthopädischen Maßnahmen gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 3 der AVB sofern diese beihilfefähig sind.

6. Heilbehandlung im Ausland

Solange der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland besteht, sind bei ambulanter, stationärer oder zahnärztlicher Heilbehandlung im Ausland Aufwendungen zu einem ortsüblichen Honorar erstattungsfähig.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

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

Besondere Bedingungen für versicherte Personen in Ausbildung

Diese Besonderen Bedingungen können zu den Tarifen K (Unisex), MedExtra, MedBest sowie BeihilfeBest, BeihilfeKlinik, BeihilfeEinbett und BeihilfeErgänzungBest (im Folgenden „zugrunde liegender Tarif" genannt) vereinbart werden. Es darf zu dem zugrunde liegenden Tarif während der gesamten Geltungsdauer dieser Besonderen Bedingungen keine Beitragsentlastungskomponente vereinbart sein. Weiterhin darf der zugrunde liegende Tarif während der gesamten Geltungsdauer dieser Besonderen Bedingungen nicht als Anwartschaftsversicherung geführt werden.

Es gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), welche sich zusammensetzen aus Teil I (den Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung), Teil II (den jeweiligen Tarifbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung), soweit sie nicht durch nachstehende Besondere Bedingungen für versicherte Personen in Ausbildung geändert oder ergänzt werden.

Für Versicherte der Tarife K (Unisex), MedExtra und MedBest wird während der Geltung dieser Besonderen Bedingungen dem jeweiligen Tarifnamen ein „S" angehängt.

Für Versicherte der Tarife BeihilfeBest, BeihilfeKlinik, BeihilfeEinbett und BeihilfeErgänzungBest beginnen die Bezeichnungen der Tarifstufen während der Geltung dieser Besonderen Bedingungen mit „BS" anstelle von „BH".

1. Versicherungsfähigkeit

a) Versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen sind Personen,
   aa) ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, bis zum Monatsletzten des Monats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollenden, und
   bb) die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder an einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder eine Tätigkeit (Praktikum) ausüben, die in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, und
   cc) die nicht versicherungspflichtig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, und
   dd) die kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit über der jeweils geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) erzielen.

b) Der Ehepartner bzw. Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz einer nach Buchstabe a) versicherten Person kann nach diesen Besonderen Bedingungen mitversichert werden, solange der Ehepartner bzw. Lebenspartner kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit erzielt und gleichzeitig die Voraussetzungen des Buchstaben a) Doppelbuchstaben aa) und cc) auch für ihn erfüllt sind.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers geeignete Nachweise zu erbringen, mit denen die zuvor genannten Voraussetzungen der Buchstaben a) und b) nachgewiesen werden. Der Versicherer wird hierzu eine angemessene Frist nennen. Werden diese Nachweise nicht innerhalb dieser Frist erbracht, so wird vom Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ausgegangen. Die Versicherung wird in diesem Fall ab dem darauf folgenden Monatsersten im zugrunde liegenden Tarif ohne Geltung dieser Besonderen Bedingungen fortgesetzt.
Es gelten dann die Bestimmungen der Ziffer 4 und 5.

2. Abweichende Tarifbestimmungen

a) Beiträge

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 und § 8a Teil II Absatz 2 der AVB werden während der Geltung dieser Besonderen Bedingungen keine Alterungsrückstellungen im zugrunde liegenden Tarif gebildet.

Gemäß § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 1 der AVB bestimmt sich der Beitrag bei Beginn dieser Besonderen Bedingungen nach dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Beginns dieser Besonderen Bedingungen.

Abweichend von § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für die nach diesen Besonderen Bedingungen versicherten Personen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 26., 31. und 36. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem jeweiligen Kalenderjahr.

b) Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Besteht im zugrunde liegenden Tarif ein Anspruch auf Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen, so wird für die Dauer der Geltung dieser Besonderen Bedingungen der Anspruch lediglich in der Höhe gewährt, wie er im

zugrunde liegenden Tarif für Kinder und Jugendliche festgelegt ist. Für jeden Monat der Geltung dieser Besonderen Bedingungen wird dabei ein Zwölftel des nach Satz 1 bestimmten Betrags gewährt.

3. Beitragsanpassung

Eine Beitragsanpassung gemäß § 8b der AVB während der Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen erfolgt, wenn der zugrunde liegende Tarif gemäß § 8b der AVB angepasst wird.

4. Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen

a) Die Besonderen Bedingungen für eine versicherte Person entfallen grundsätzlich mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 Buchstabe a) oder Buchstabe b) nicht mehr gegeben ist. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Entfällt für eine gemäß Ziffer 1 Buchstabe a) versicherte Person die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen, so entfällt sie zeitgleich auch für den nach Ziffer 1 Buchstabe b) mitversicherten Ehe- bzw. Lebenspartner.
Die Versicherung kann in diesen Fällen nach den Bestimmungen der Ziffer 5 ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten fortgeführt werden.

b) Abweichend hiervon besteht bei Unterbrechung oder nach Beendigung der Ausbildung nach Ziffer 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) für längstens zwölf weitere Monate Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 1 Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa), cc) und dd) weiterhin erfüllt sind. In diesem Fall besteht auch für den mitversicherten Ehe- bzw. Lebenspartner weiterhin Versicherungsfähigkeit, solange die Bedingungen nach Ziffer 1 Buchstabe b) erfüllt sind.
Die Verlängerung der Besonderen Bedingungen muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung bzw. Unterbrechung der Ausbildung beim Versicherer in Textform beantragt werden.

5. Fortführung der Versicherung

a) Besteht beim Wegfall der Versicherungsfähigkeit (entsprechend Ziffer 4) nach diesen Besonderen Bedingungen keine Versicherungspflicht in der GKV, wird die Versicherung zum nächsten Monatsersten im jeweils zugrunde liegenden Tarif ohne diese Besonderen Bedingungen fortgesetzt, sofern im zugrunde liegenden Tarif weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht. In diesem Fall besteht ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 13 Teil I Absatz 4 der AVB.
Bei Fortsetzung der Versicherung ohne diese Besonderen Bedingungen richtet sich der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter der versicherten Person.
Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten gleichermaßen fort, bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung – sofern hierfür Versicherungsfähigkeit besteht – nach den folgenden Bestimmungen zu verlangen:
- die Leistungen für Selbstständige beginnen frühestens ab dem 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bzw. für Arbeitnehmer frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- die Tagegeldhöhe darf insgesamt das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen, maximal jedoch 140 Prozent des zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns der Krankentagegeldversicherung maßgebenden höchsten Krankengelds für Arbeitnehmer der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, nicht übersteigen,
- die Krankentagegeldversicherung beginnt zum Zeitpunkt des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) des zugrunde liegenden Tarifs gelten gleichermaßen für die nach Absatz 2 abgeschlossene Krankentagegeldversicherung, bereits vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

b) Entfällt die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen (entsprechend Ziffer 4) wegen Eintritt der Versicherungspflicht in der GKV, so hat der Versicherungsnehmer das Recht,
- die Umstellung des Versicherungsschutzes des zugrunde liegenden Tarifs für die betroffene versicherte Person in Ergänzungstarife zur GKV entsprechend § 13 Teil II Absatz 4 der AVB und / oder
- die Fortführung des zugrunde liegenden Tarifs für die betroffene versicherte Person als Anwartschaftsversicherung entsprechend § 13 Teil I Absatz 11 der AVB

zu verlangen.

Besondere Bedingungen für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK

1. Allgemeines

Mit der nachfolgend beschriebenen Beitragsentlastungskomponente BEK wird ein monatlicher Beitragsnachlass auf bestimmte Krankheitskostenversicherungen der ARAG Krankenversicherungs-AG (im Folgenden: Versicherer) vereinbart. Sie kann nur zusammen mit einer sogenannten Grundversicherung bestehen. Eine Grundversicherung im Sinne dieser Besonderen Bedingungen umfasst die Tarife K0 bis K1500 der KomfortKlasse, MedExtra, MedBest sowie die ambulanten Tarife 200 bis 209, 21P70 bis 21P90 und 210 der PremiumKlasse des Versicherers.
Die Bezeichnung für die Beitragsentlastungskomponente BEK setzt sich zusammen aus der Bezeichnung „BEK", dem gewählten Entlastungsalter und dem Tarifnamen der Grundversicherung, zum Beispiel: „BEK67K0". Die Beitragsentlastungskomponente BEK wird auf Grundlage der Rechnungsgrundlagen der Grundversicherung berechnet.
Es gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung, soweit diese nicht durch diese Besonderen Bedingungen abgeändert oder ergänzt werden.
Das Bestehen der Beitragsentlastungskomponente BEK im Rahmen einer Grundversicherung setzt voraus, dass das Eintrittsalter der versicherten Person mindestens 21 Jahre beträgt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr, in dem der Versicherungsbeginn der Beitragsentlastungskomponente BEK liegt, und dem Jahr der Geburt.

2. Beitragsentlastung

2.1 Entlastungsbeginn und Entlastungsbetrag

Die Entlastungsphase beginnt – abhängig von der Wahl des Versicherungsnehmers bei Antragstellung – in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person entweder das 63. oder das 67. Lebensjahr (das sogenannte Entlastungsbeginnjahr) vollendet.
Innerhalb des Entlastungsbeginnjahres beginnt die Entlastungsphase (= Entlastungsbeginn) dabei – unabhängig vom tatsächlichen Geburtstagsmonat der versicherten Person – zum Ersten des Kalendermonats, in dem der Versicherungsbeginn der Beitragsentlastungskomponente BEK lag (d.h. die Entlastungsphase beginnt im selben Kalendermonat, in dem die Beitragsentlastungskomponente BEK begonnen hat). Ein Tarifwechsel (Umwandlung) führt dabei nicht zu einem neuen Entlastungsbeginn im Sinne dieses Absatzes.
Ab dem Entlastungsbeginn wird der zu zahlende monatliche Beitrag der Grundversicherung der versicherten Person einschließlich des monatlichen Beitragsteils für die Beitragsentlastungskomponente BEK um den vereinbarten Entlastungsbetrag ermäßigt. Der Entlastungsbetrag wird vom monatlichen Gesamtbeitrag in Abzug gebracht, wobei eventuell zu leistende Zuschläge (wie Risikozuschläge, Auslandszuschläge und der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) nicht reduziert werden. Im Falle eines Tarifwechsels in einen Tarif, der nicht zur Grundversicherung gemäß Ziffer 1 zählt, findet Ziffer 5.2. Anwendung.
Eine Barauszahlung des Entlastungsbetrags ist nicht möglich. Auch ist eine Auszahlung nicht benötigter Entlastungsbeträge ausgeschlossen.

2.2 Entlastungs-Staffel

Als monatlicher Entlastungsbetrag kann nur ein Vielfaches von 1 Euro versichert werden.

2.3 Änderung des Entlastungsbetrags

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den versicherten Entlastungsbetrag nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu senken oder zu erhöhen.
Die Änderung des Entlastungsbetrags ist dabei nur im Rahmen der nach den zum Zeitpunkt des Änderungsverlangens in den jeweils geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers festgelegten Mindest- bzw. Höchstgrenzen für den versicherbaren Entlastungsbetrag möglich.
Eine Erhöhung des Entlastungsbetrags ist nur bis zum Entlastungsbeginn möglich.
Im Falle der Änderung des Entlastungsbetrages wird der Beitragsteil der Beitragsentlastungskomponente BEK neu berechnet.
Der Beitragsteil der Beitragsentlastungskomponente BEK für den geänderten Entlastungsbetrag berechnet sich unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Änderung gültigen technischen Berechnungsgrundlagen, die anhand der technischen Berechnungsgrundlagen der Grundversicherung berechnet werden. Dabei wird das dann erreichte Alter (Unterschied zwischen Jahr der Anpassung und Jahr der Geburt) zu Grunde gelegt.
Eine Änderung kann ausschließlich zum Ersten eines Monats vereinbart werden.

2.4 Option zur Verlegung des Entlastungsbeginnjahrs

Der Versicherungsnehmer hat nach Vertragsbeginn bis zum Erreichen der Entlastungsphase das Recht, das Jahr des Entlastungsbeginns abweichend von dem vereinbarten Entlastungsbeginnjahr (siehe Ziffer 2.1) zu verlegen. Dabei kann das Jahr des Entlastungsbeginns nur auf dasjenige Kalenderjahr vorgezogen oder aufgeschoben werden, in dem die versicherte Person das 63. oder 67. Lebensjahr vollendet.
Der Antrag des Versicherungsnehmers auf Verlegung des Entlastungsbeginnjahrs muss spätestens drei Monate vor dem neu gewählten Entlastungsbeginn dem Versicherer zugegangen sein. Als Entlastungsbeginn kann somit nur ein zum Zeitpunkt der Antragstellung zukünftiges Datum gewählt werden.
Eine Verlegung des Entlastungsbeginnjahrs führt zu einer Veränderung des Beitragsteils für die Beitragsentlastungskomponente BEK. Bei einer Verlegung des Entlastungsbeginnjahrs erfolgt die Neuberechnung des Beitragsteils nach den zum Zeitpunkt der Änderung gültigen technischen Berechnungsgrundlagen, die anhand der technischen Berechnungsgrundlagen der Grundversicherung berechnet werden. Dabei wird das dann erreichte Alter (Unterschied zwischen Jahr der Änderung und Jahr der Geburt) zu Grunde gelegt.

2.5 Anpassung des Entlastungsbetrags

Alle drei Jahre – gerechnet ab dem Jahr 2019 – erhöht der Versicherer unter Angleichung der Beitragsteile nach den nachfolgenden Regelungen den vereinbarten Beitragsentlastungsbetrag um 10 Prozent. Die Anpassung tritt zum übernächsten Monatsersten nach Erhalt der Mitteilung in Kraft. Der hinzukommende Entlastungsbetrag wird auf volle 1 Euro kaufmännisch gerundet.
Die Erhöhung der Beitragsentlastung findet nur statt, sofern

- der vereinbarte Entlastungsbetrag zum Anpassungszeitpunkt mindestens 24 Monate unverändert bestanden hat und
- der hinzukommende Entlastungsbetrag höher ist als der hinzukommende Beitragsteil (speziell in der Entlastungsphase ist dies nicht der Fall, so dass in der Entlastungsphase keine Anpassung erfolgt).

Der Beitragsteil für den hinzukommenden Entlastungsbetrag wird nach dem im Jahr der Anpassung erreichten Lebensalter (Unterschied zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Jahr der Geburt) der versicherten Person berechnet. Der Beitragsteil für die Beitragsentlastungskomponente BEK erhöht sich um diesen Beitragsteil für den hinzukommenden Entlastungsbetrag.
Die Erhöhung des Beitragsteils und des vereinbarten Entlastungsbetrags sowie das Wirksamkeitsdatum der Erhöhung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamkeitsdatum schriftlich mitgeteilt. Die Anpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach dem Wirksamkeitsdatum in Textform abgelehnt hat. Auf diese Folge wird der Versicherungsnehmer in der Mitteilung jeweils hingewiesen. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Anpassung, tritt diese nicht in Kraft.

3. Beiträge

3.1 Beitragshöhe

Für die Höhe des anfänglichen Beitragsteils für die Beitragsentlastungskomponente BEK ist das bei Versicherungsbeginn der Beitragsentlastungskomponente BEK erreichte versicherungstechnische Alter (Unterschied zwischen Jahr des Versicherungsbeginns und Jahr der Geburt) des Versicherten, die zugrundeliegende Grundversicherung sowie die vereinbarte Entlastungshöhe maßgebend. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

3.2 Zahlungsdauer

Der Versicherungsnehmer hat den Beitragsteil für die Beitragsentlastungskomponente BEK über die gesamte Dauer dieser Besonderen Bedingungen – **auch über den Zeitpunkt des Beginns der Entlastungsphase hinaus** – zu entrichten.

3.3 Beitragsrückstand

Abweichend von § 8 Teil I Absatz 6 der AVB gilt für die Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK, dass der monatliche Beitragsanteil im Sinne dieser Vorschrift die Summe aus dem monatlichen Beitrag für die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) und dem monatlichen Beitragsteil für die Beitragsentlastungskomponente BEK ist. Wird die Grundversicherung unter den Voraussetzungen von § 8 Teil I Absatz 6 der AVB gemäß § 193 VVG im Notlagentarif geführt, umfasst dies auch die Beitragsentlastungskomponente BEK. Endet der Notlagentarif, wird die Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK entsprechend § 8 Teil I Absatz 6 der AVB fortgesetzt.

4. Beitragsanpassung

Ebenso wie die Beiträge der Grundversicherung gemäß § 8b der AVB angepasst werden können, können auch die Beitragsteile der Beitragsentlastungskomponente BEK angepasst werden. Insoweit gelten dieselben Voraussetzungen. Bei einer Beitragsanpassung wird der bei Vertragsabschluss bestehende Gleichlauf der Rechnungsgrundlagen der Grundversicherung und der hiervon abgeleiteten Rechnungsgrundlagen der Beitragsentlastungskomponente BEK während der gesamten Vertragslaufzeit gewahrt. Dementsprechend werden die Beitragsteile der Beitragsentlastungskomponente BEK stets dann entsprechend der in der Grundversicherung vorgenommenen Anpassungen der für die Beitragsentlastungskomponente BEK abgeleiteten Rechnungsgrundlagen angepasst, wenn eine Beitragsanpassung in der Grundversicherung erfolgt.
Abweichend von § 8b der AVB ist Anlass für eine Beitragsanpassung in der Beitragsentlastungskomponente BEK also eine Beitragsanpassung in der Grundversicherung. Im Übrigen gilt § 8b der AVB entsprechend.

5. Vorzeitige Beendigung einer Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK und Verwendung der bestehenden Alterungsrückstellung

Ergänzend zu § 13 der AVB gilt bei Beendigung einer Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK Folgendes:

5.1 Tarifwechsel einer Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK in eine andere Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK

Auch eine in der Beitragsentlastungskomponente BEK gebildete Alterungsrückstellung wird gemäß § 1 Teil I Absatz 6 der AVB angerechnet.

5.2 Tarifwechsel in eine Grundversicherung ohne Beitragsentlastungskomponente BEK oder in eine Krankheitskosten-Vollversicherung, die nicht zur Grundversicherung gemäß Ziffer 1 zählt

Bei einem Tarifwechsel vor dem 1.1. des Kalenderjahres, in dem das 63. Lebensjahr vollendet wird, wird eine bereits in der Beitragsentlastungskomponente BEK gebildete Alterungsrückstellung zur Finanzierung einer Beitragsermäßigung im Alter gemäß § 150 Absatz 3 VAG für die dann bestehende Grundversicherung bzw. Krankheitskosten-Vollversicherung verwendet.

Bei einem Tarifwechsel nach dem 31.12. des Kalenderjahres, in dem das 62. Lebensjahr vollendet wird, wird eine bereits in der Beitragsentlastungskomponente BEK gebildete Alterungsrückstellung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen sofort bei der dann bestehenden Grundversicherung bzw. Krankheitskosten-Vollversicherung angerechnet.

5.3 Beendigung der Grundversicherung einschließlich der Beitragsentlastungskomponente BEK wegen Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen der privaten Krankenversicherung

Besteht ein Anrecht auf einen Übertragungswert im Sinne von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG, so wird die in der Beitragsentlastungskomponente BEK gebildete Alterungsrückstellung bei der Ermittlung des Übertragungswertes entsprechend berücksichtigt.

5.4 Beendigung der Grundversicherung einschließlich Beitragsentlastungskomponente BEK wegen Eintritt der Versicherungspflicht

Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) kann auch eine für die Beitragsentlastungskomponente BEK bereits gebildete Alterungsrückstellung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen auf eine Zusatzversicherung angerechnet werden. Der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung steht dabei gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

Die bereits gebildete Alterungsrückstellung kann dabei nur auf Zusatzversicherungen des Versicherers übertragen werden, wenn

- die Zusatzversicherung bereits besteht oder im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Grundversicherung beginnt,
- die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird,
- die Zusatzversicherung eine Krankheitskostenversicherung, ein Krankenhaustagegeld oder eine Pflegezusatz-Versicherung (ausgenommen geförderte ergänzende Pflegeversicherung) ist und
- Versicherungsfähigkeit für die betroffene Person in der Zusatzversicherung besteht.

Sind diese Voraussetzungen nicht alle erfüllt, so verfällt die Alterungsrückstellung auch für die Beitragsentlastungskomponente BEK zugunsten der Versichertengemeinschaft. Alternativ kann bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Anwartschaftsversicherung der Verfall der Alterungsrückstellung durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung verhindert werden.

5.5 Beendigung der Grundversicherung einschließlich der Beitragsentlastungskomponente BEK aus anderen Gründen

Wird die Grundversicherung einschließlich der Beitragsentlastungskomponente BEK aus anderen als den unter 5.3 und 5.4 genannten Gründen beendet (z.B. durch Tod oder Wegzug), so verfällt die Alterungsrückstellung auch für die Beitragsentlastungskomponente BEK zugunsten der Versichertengemeinschaft.

6. Ergänzende Bestimmungen

Die in § 18 der AVB zur Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen getroffenen Regelungen gelten entsprechend auch für die vorliegenden Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastungskomponente BEK.
In Abweichung zu § 6 der AVB erfolgt keine Auszahlung der Versicherungsleistung (also des Entlastungsbetrags), sondern eine Verrechnung.
Eine Mitversicherung von Neugeborenen nach § 2 der AVB ist in einer Grundversicherung mit Beitragsentlastungskomponente BEK nicht möglich. Die Mitversicherung von Neugeborenen erfolgt in der entsprechenden Grundversicherung ohne Beitragsentlastungskomponente BEK.

Gesetzesanhang für die tarifintegrierte Beitragsentlastungskomponente BEK

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2013)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

(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 Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

**(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern; in Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.
Das Mindestaufnahmealter beträgt 16 Jahre.**

(2) Arbeitnehmer haben auch während einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben anteiligen Anspruch auf Krankentagegeld. Voraussetzung dafür ist die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers. Der Krankentagegeldanspruch verringert sich im Laufe der Wiedereingliederungsmaßnahme in dem Maße, in dem sich die Arbeitszeit erhöht. Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem anteiligen Arbeitsentgelt oder anderen vom Arbeitgeber gewährten Leistungen, mit Entgeltersatzleistungen anderer Leistungsträger, mit etwaigen anderen Krankentagegeldern und einem etwaigen Krankengeld das zuletzt aus Arbeitnehmertätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen.

(3) Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit.

(4) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 8 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskosten-Versicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II

(1) Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.

(2) Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Teil I Absatz 5 wird die in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

(3) Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit drei Monate.

(4) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.

(5) Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer wechseln, wird – über die Regelung in Teil I Absatz 5 hinaus – die nachweislich dort in einer Krankheitskosten-Vollversicherung ununterbrochen zurückgelegte Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten der Krankentagegeld-Versicherung, die in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wird, angerechnet, wenn die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung beginnen soll. Dies gilt nicht für die Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5.

(6) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaligem Abschluss einer Krankentagegeld-Versicherung beim Versicherer, wenn gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wird; auf die Einhaltung der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5 wird nicht verzichtet. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach

Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher 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 Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

Teil II

(1) Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 1a, 7 und 15 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

(2) Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Zu solchen Anträgen erfolgt keine erneute Risikoprüfung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens bzw. der Entgeltfortzahlung zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegelds Leistungspflicht besteht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen. Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung aus dem abgelaufenen Kalenderjahr spätestens innerhalb der darauffolgenden zwei Monate durch Vorlage der Einkommensteuererklärung oder des Einkommensteuerbescheids nachgewiesen wird.

(3) Selbstständige:
Abweichend von Teil I Absatz 2 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend; abweichend von § 1a Teil I Absatz 3 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Mutterschutzfrist maßgebend. Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Selbstständigen der aus der selbstständigen Tätigkeit in dem maßgeblichen Kalenderjahr erzielte Gewinn im Sinne von § 4 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag).
Für Versicherte, die als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) versicherte Selbstständige grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der GKV mit einem Anspruch auf Krankengeldzahlung haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 2 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
- **der bezogen auf die selbstständige Tätigkeit vom Selbstständigen zu entrichtende Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.**

(4) Arbeitnehmer:
Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Arbeitnehmern monatlich ein Zwölftel des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschließlich fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzüglich der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht.

a) Für Versicherte der Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV-Vollversicherte) sind bei der Bestimmung des Nettoeinkommens zu dem nach Satz 1 ermittelten Betrag
- **die Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflicht-Versicherung**
- **sowie die Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken hinzuzurechnen**
- **und der Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung abzuziehen.**

b) Für Versicherte, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) als Pflichtversicherte oder freiwillig Versicherte Anspruch auf Leistungen haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 1 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
- **der Arbeitnehmeranteil des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung.**

(5) In Abweichung von Teil I Absatz 9 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(6) In Erweiterung zu Teil I Absatz 2 darf das Krankentagegeld auch zusammen mit weiteren Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Verletztengeld) das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Ansonsten erfolgt im Leistungsfall eine entsprechende Kürzung des zu zahlenden Krankentagegelds.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

(1) Die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I Absatz 1 a) bei Arbeitsunfähigkeit wegen durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

(2) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 c) entfällt.

(3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 d) entfällt bei medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Für Tarife mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen entfällt die Einschränkung auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft – dies gilt nicht bei Fluguntauglichkeit.

(4) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 g) entfällt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen bestand und der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

(5) **In Abweichung zu Teil I Absatz 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Absatz 9 und § 4 Teil II Absatz 5 bleiben hiervon unberührt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

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

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

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

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

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

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

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

Teil II

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

(2) Endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.

(5) Die Beiträge sind auch während des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.

(6) Abweichend von Teil I Absatz 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

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

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

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

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

Teil II

(1) Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(2) Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

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

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

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

Teil II

(1) Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des vereinbarten Tarifs anzuzeigen.

(2) Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen ersichtlich sein.

(3) Eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und vom Behandelnden auszufüllenden Vordruck mindestens 14-tägig nachzuweisen.

(4) Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß § 4 Teil I Absatz 3 und die Regelung über die Änderung des Versicherungsvertrags gemäß § 4 Teil I Absatz 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

(3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von zwölf Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

(3) Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.

(4) Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Mit diesem Tag endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

Teil II

Besteht zusätzlich zu einem Tarif mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherer, so verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bezüglich dieses Tarifs.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen;

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

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

Teil II

(1) In Abweichung von Teil I Absatz 1 c) endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Es besteht das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit besteht; die neue Versicherung endet spätestens zum Ende des Kalendermonats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird.

(2) Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen Person – gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen – vereinbart werden.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer des Bezugs der Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Erhält eine versicherte Person eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit, wenn gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) nicht erfüllt sind, wird diese auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Die Anrechnung erfolgt ab Rentenbezug. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach

für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ab dem Zeitpunkt des Rentenbezugs die Krankentagegeld-Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortführen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten seit Bezug der Rente, bei rückwirkendem Rentenbezug gerechnet ab deren Bewilligung, zu stellen.

(4) **Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeld-Tarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Anspruch auf Fortsetzung der Versicherung in einem Krankentagegeld-Tarif mit kürzerer Karenzzeit besteht dabei nur bei Änderung der Lohnfortzahlungsdauer. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.**

(5) **Entsprechend § 1 Teil II Absatz 4 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 1 e) betroffenen Staaten.**

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

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

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeld-Versicherung

(1) Bei der Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 Gewinnbegriff im Allgemeinen

(...)

(3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbriefte Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.

(...)

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Ent-

bindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(...)

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankentagegeld-Versicherung basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2013

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KT 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KT 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif 31–39:
Krankentagegeld-Versicherungen

Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Teil I Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder bei einem Versicherungsfall gemäß § 1a Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für jeden Tag innerhalb der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.
Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist		
bei Tarif 31	der 8. Tag	(7 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 32	der 15. Tag	(14 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 36	der 22. Tag	(21 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 34	der 29. Tag	(28 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 37	der 43. Tag	(42 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 38	der 92. Tag	(91 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 39	der 183. Tag	(182 Tage Karenzzeit)
bei Tarif 35	der 365. Tag	(364 Tage Karenzzeit)
	der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise seit Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.	

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

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

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2019)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2019)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

(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 Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem

Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

(1) Versicherungsfähigkeit

a) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern; in Tarifen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen.

b) Bei Eintritt einer Arbeitslosigkeit während der Vertragslaufzeit entfällt die Versicherungsfähigkeit nach Maßgabe des § 15 Teil I nicht bereits durch Beendigung des Arbeitsverhältnisses beziehungsweise durch Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit, sofern und solange sich die versicherte Person ernsthaft um die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit bemüht und diese Bemühungen auch nicht aus anderen Gründen objektiv aussichtslos sind (vorübergehende Arbeitslosigkeit).
Die Voraussetzungen nach Satz 1 gelten auch dann als erfüllt, solange die versicherte Person während der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig ist und lediglich aufgrund der Krankheit oder Unfallfolgen an den Bemühungen zur Aufnahme oder an der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit gehindert ist.
Im Übrigen gelten bei vorübergehender Arbeitslosigkeit die Regelungen in § 15a Teil II.

c) Das Mindestaufnahmealter beträgt 16 Jahre.

(2) Wiedereingliederung

Bezug nehmend auf Teil I Absatz 3 hat ein Arbeitnehmer bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während einer stufenweisen Wiederaufnahme seiner beruflichen Tätigkeit (Wiedereingliederungsmaßnahme) einen Anspruch auf Krankentagegeld, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Nach ärztlicher Feststellung kann der Arbeitnehmer durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner beruflichen Tätigkeit schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Aus diesem Grund wird zwischen dem Arbeitnehmer, seinem Arbeitgeber und dem behandelnden Arzt ein Wiedereingliederungsplan abgestimmt, aus dem sich Art und Umfang der Tätigkeit während der Wiedereingliederungsmaßnahme ergeben. Dem Versicherer ist eine Kopie des Wiedereingliederungsplans einzureichen.

b) Die Wiedereingliederungsmaßnahme wird in unmittelbarem Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit durchgeführt, für die der Versicherer leistungspflichtig gewesen ist.

c) Dem Versicherer wird eine Bescheinigung des Arbeitgebers vorgelegt, aus der sich ergibt, ob und in welchem Umfang während der Wiedereingliederungsmaßnahme ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt wird. Ein vom Arbeitgeber gezahltes (Teil-)Arbeitsentgelt wird in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet. Im Übrigen gilt § 4 Teil II Absatz 7.

Ein Anspruch auf Krankentagegeld bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während einer Wiedereingliederungsmaßnahme besteht höchstens für eine Dauer von 12 Wochen.
Änderungen des eingereichten Wiedereingliederungsplans, der Abbruch der Wiedereingliederungsmaßnahme sowie Änderungen der bescheinigten (Teil-)Arbeitsentgeltleistungen sind dem Versicherer unverzüglich in Textform mitzuteilen.

(3) Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabinenpersonal) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit.

(4) Ergänzend zu Teil I Absatz 4 ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes auch aus gegebenenfalls zusätzlich vereinbarten Sonderbedingungen.

(5) Ergänzend zu Teil I Absatz 6 kann der Versicherungsschutz nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall zur Wahrnehmung einer kurzzeitigen Heilbehandlung außerhalb Deutschlands ausgedehnt werden. Der Versicherer kann diese Zusage zeitlich befristet erteilen, sofern die Heilbehandlung nach Satz 1 medizinisch sinnvoll ist, um die Dauer einer bereits eingetretenen Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen. Das heißt, es gibt eine medizinische Indikation, die erwarten lässt, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Wahrnehmung dieser Heilbehandlung schneller wiederhergestellt werden kann.

(6) Ergänzend zu Teil I Absatz 7 wird bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auch in einer Privatklinik gezahlt, sofern die Privatklinik die Voraussetzungen des § 4 Teil I Absatz 8 erfüllt.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird das Krankentagegeld ergänzend zu Teil I Absatz 8 auch für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einer Privatklinik gezahlt, sofern die Privatklinik die Voraussetzungen des § 4 Teil I Absatz 8 erfüllt.

(8) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Anrainerstaat Deutschlands, ist dieser Anrainerstaat auch Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und geht die versicherte Person als Grenzpendler ihrer Tätigkeit hauptberuflich in Deutschland nach, gilt abweichend zu Teil I Absatz 6 und Absatz 8, dass der Versicherungsschutz in dem Anrainerstaat in dem Umfang besteht, wie er zuvor in Deutschland bestanden hat. Deutschland gilt ab der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gemäß Satz 1 bezüglich des Umfangs des Versicherungsschutzes als anderer Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

(9) **Wird nach Vertragsabschluss der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person ins Ausland verlegt, ist der Versicherer hierüber unverzüglich zu informieren. Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, kann bei einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses eine ausländische Versicherungssteuer anfallen. Soweit ausländische Versicherungssteuer anfällt, ist diese vom Versicherungsnehmer zu tragen.**

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskosten-Versicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II

(1) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.

(2) Abweichend von Teil I Absatz 3 beträgt die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten gemäß Teil I Absatz 2 und 3 sowie Teil II Absatz 2, wenn für die versicherte Person neben der Krankentagegeld-Versicherung eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht oder diese gleichzeitig abgeschlossen wird.
Auf die Einhaltung der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5 wird nicht verzichtet. Auch erfolgt abweichend von Teil I Absatz 5 für die Wartezeiten gemäß § 1a keine Anrechnung einer eventuell bestehenden Vorversicherungszeit.

(4) Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher 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 Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten und Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische

Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

(1) **Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 1a, 7 und 15 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.**

(2) **Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einem Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Zu solchen Anträgen erfolgt keine erneute Risikoprüfung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens bzw. der Entgeltfortzahlung zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Bei fristgemäßem Antrag gelten keine erneuten Wartezeiten, das heißt, vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegelds Leistungspflicht besteht.**
Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen.
Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des aktuellsten Steuerbescheids nachgewiesen wird. Als Nachweise sind neben dem aktuellen Steuerbescheid zusätzlich die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) oder Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) aus dem abgelaufenen Kalenderjahr vorzulegen. Die BWA beziehungsweise GuV muss von einer zur geschäftsmäßigen Hilfeleistung in Steuersachen berechtigten Person (zum Beispiel Steuerberater) bestätigt sein.
Für den bisherigen Versicherungsschutz nach diesem Tarif vereinbarte besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für die Höherstufung.

(3) **Selbstständige:**
Abweichend von Teil I Absatz 2 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend; abweichend von § 1a Teil I Absatz 3 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Mutterschutzfrist maßgebend. Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Selbstständigen der aus der selbstständigen Tätigkeit in dem maßgeblichen Kalenderjahr erzielte Gewinn im Sinne von § 4 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben; siehe Anhang) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag). Als Nachweise sind auf Verlangen entsprechende Steuerbescheide und gegebenenfalls die BWA oder GuV aus dem abgelaufenen Kalenderjahr vorzulegen.
Für Versicherte, die als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) versicherte Selbstständige grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der GKV mit einem Anspruch auf Krankengeldzahlung haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 2 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
- **der bezogen auf die selbstständige Tätigkeit vom Selbstständigen zu entrichtende Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.**

(4) **Arbeitnehmer:**
Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Arbeitnehmern monatlich ein Zwölftel des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschließlich fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzüglich der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) und abzüglich der Sozialversicherungsbeitragsanteile des Arbeitnehmers, soweit der Arbeitgeber diese direkt an die zuständige Stelle abführt (das heißt die Beitragsanteile zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung, zur Arbeitslosenversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung), entspricht.
Für Versicherte der Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV-Vollversicherte) sind bei der Bestimmung des Nettoeinkommens zu dem nach Satz 1 ermittelten Betrag
- **die Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflicht-Versicherung**
- **sowie der Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung beziehungsweise die Arbeitgeberanteile zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken hinzuzurechnen.**

(5) **Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn wird als Bemessungsgrundlage bei Versicherungsbeginn in Abweichung von Teil I Absatz 2 Satz 2 beziehungsweise Teil II Absatz 3 das in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn zu erwartende Nettoeinkommen herangezogen. Die Regelung nach Satz 1 gilt bei Arbeitnehmern in den ersten 12 Monaten ab Versicherungsbeginn. Bei Selbstständigen gilt die Regelung nach Satz 1 bis zum Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn.**

(6) **In Erweiterung zu Teil I Absatz 2 darf das Krankentagegeld auch zusammen mit weiteren Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Verletztengeld) das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Ansonsten erfolgt im Leistungsfall eine entsprechende Kürzung des zu zahlenden Krankentagegelds.**
Dies gilt sinngemäß auch bei Leistungen des Arbeitgebers, die dieser zum Ausgleich des Einkommensausfalls bei Arbeitsunfähigkeit freiwillig oder aus gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtung erbringt.

(7) **Ergänzend zu § 4 Teil I Absatz 3 ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer auch die Änderung der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie Änderungen im Zusammenhang mit Leistungen des Arbeitgebers zum Ausgleich des Einkommensausfalls gemäß Teil II Absatz 6 unverzüglich mitzuteilen.**

(8) **In Erweiterung zu Teil I Absatz 5 besteht Versicherungsschutz auch dann, wenn die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder Zahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V oder durch einen Arzt in einer Krankenhausambulanz behandelt wird.**
Das Kriterium der Niederlassung nach Teil I Absatz 5 gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt oder Zahnarzt in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person enthält.

(9) **In Abweichung von Teil I Absatz 9 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.**

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

(1) **Die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I Absatz 1 Buchstabe a) bei Arbeitsunfähigkeit wegen durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird – von einem überraschenden Eintritt eines Kriegsereignisses wird ausgegangen, wenn vor Reiseantritt insoweit keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das betroffene Reisegebiet bestand – und das betroffene Reisegebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.**
Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die durch terroristische Anschläge verursacht wurden, werden vom Versicherungsschutz umfasst.

(2) **Besteht neben der Krankentagegeld-Versicherung eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer, wird abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) Krankentagegeld während medizinisch notwendigen stationären Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zur Behandlung von Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) gezahlt, wenn kein anderweitiger Anspruch des Versicherten auf Entgeltersatzleistungen, wie zum Beispiel Krankengeld oder Übergangsgeld besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Entziehungsmaßnahme schriftlich zugesagt hat. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht für maximal drei Maßnahmen während der Vertragslaufzeit.**
Es werden 80 Prozent des versicherten Krankentagegelds je zugesagter Maßnahme für bis zu 12 Wochen nach Ablauf der Karenzzeit gezahlt.
Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskosten-Vollversicherungstarifs des Versicherers bereits durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet.

(3) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe c) entfällt.**

(4) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe d) entfällt bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft. Die Einschränkung gilt jedoch weiterhin bei Fluguntauglichkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft. Auch entfällt die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe d) bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation und bei Fehlgeburt.**

(5) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe f) Satz 1 entfällt, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthalts schriftlich zugesagt hat. Die Zusage wird erteilt, sofern**
- **keine medizinischen Gründe entgegenstehen und keine Verzögerung des Heilungsprozesses zu erwarten ist und**
- **die medizinische Versorgung und weitere Heilbehandlung am neuen Aufenthaltsort nach begründetem ärztlichen Zeugnis gewährleistet ist und**
- **der neue Aufenthaltsort in Deutschland sowie die voraussichtliche Dauer dieses Aufenthalts dem Versicherer vorab in Textform benannt werden.**

(6) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe g) entfällt.**
Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

(7) **In Abweichung zu Teil I Absatz 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Absatz 9 und § 4 Teil II Absatz 9 bleiben hiervon unberührt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

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

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

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

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

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

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

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

Teil II

(1) Der Versicherer kann einen Beitragsnachlass (Skonto) bei halbjährlicher beziehungsweise jährlicher Beitragszahlung gewähren.

(2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(4) Ergänzend zu Teil I Absatz 5 Satz 2 ist der Versicherer berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.

(5) Die Beiträge sind auch während des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.

(6) Abweichend von Teil I Absatz 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

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

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

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

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

Teil II

(1) Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(2) Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

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

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

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

Teil II

(1) Ergänzend zu Teil I Absatz 1 ist die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des vereinbarten Tarifs anzuzeigen.

(2) Ergänzend zu Teil I Absatz 1 ist eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit mindestens 14-tägig nachzuweisen. Der Nachweis soll auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und vom behandelnden Arzt oder Zahnarzt auszufüllenden Vordruck erbracht werden.

(3) Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen ersichtlich sein.

(4) Ergänzend zu Teil I Absatz 5 ist auch jeder Statuswechsel einer versicherten Person zwischen Angestelltenverhältnis und Selbstständigkeit dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

Teil II

(1) Die in Teil I Absatz 1 beschriebene Folge der Obliegenheitsverletzungen gilt entsprechend für die Obliegenheiten in § 9 Teil II Absatz 1 bis 4.

(2) Die in Teil I Absatz 2 beschriebene Folge der Obliegenheitsverletzungen gilt entsprechend für die Obliegenheit in § 9 Teil II Absatz 4.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

Teil II

Der Bezug von Altersrente oder der Eintritt in die passive Phase der Altersteilzeit ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen. Teil I Satz 2 gilt entsprechend.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

(3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von zwölf Monaten nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes dort krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung für den Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

Teil II

(1) Besteht zusätzlich zu einem Krankentagegeld-Tarif eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherer, so verzichtet der Versicherer abweichend zu Teil I Absatz 1 auf das ordentliche Kündigungsrecht bezüglich des Krankentagegeld-Tarifs.

(2) Abweichend von Teil I Absatz 4 verzichtet der Versicherer auf das Recht zur Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung, wenn der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen;

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

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

Teil II

(1) Ergänzend zu Teil I Absatz 1 Buchstabe a) hat der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person – zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen – fortzuführen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Antrag auf Fortführung ist innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zu stellen.

(2) Ergänzende Regelungen zu Teil I Absatz 1 Buchstabe b):

- **Beendigung und verlängerte Nachleistung**
  Besteht mit Eintritt der Berufsunfähigkeit 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 sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Ab dem vierten Monat nach Eintritt der Berufsunfähigkeit erbringt der Versicherer dabei nur 50 Prozent der vertraglich vereinbarten Leistungen.
- **Fortführung**
  Erhält eine versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise Erwerbsminderung und sind gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) nicht erfüllt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Bezug einer solchen Rente anzuzeigen. Diese wird auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Die Anrechnung erfolgt ab Rentenbezug. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ab dem Zeitpunkt des Rentenbezugs die Krankentagegeld-Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten seit Bezug der Rente, bei rückwirkendem Rentenbezug gerechnet ab deren Bewilligung, zu stellen.

(3) In Abweichung von Teil I Absatz 1 Buchstabe c) endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Es besteht das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind; die neue Versicherung endet spätestens zum Ende des Kalendermonats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird.

(4) Ergänzend zu Teil I Absatz 1 wird das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch mit dem Eintritt in die passive Phase der Altersteilzeit beendet.

(5) Ergänzende Regelungen zu Teil I Absatz 2:

- **Beendigung wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Sinne von Teil I Absatz 1 Buchstabe a)**
  Es besteht auch bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Sinne von Teil I Absatz 1 Buchstabe a) das Recht, den beendeten Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern damit zu rechnen ist, dass die Versicherungsfähigkeit wiedererlangt werden wird. Der entsprechende Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Sinne von Teil I Absatz 1 Buchstabe a) zu stellen.
- **Beendigung wegen Eintritt Berufsunfähigkeit im Sinne von Teil I Absatz 1 Buchstabe b)**
  Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Teil I Absatz 2 ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten seit Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne von Teil I Absatz 1 Buchstabe b), bei erst späterem Bekanntwerden des Eintritts der Berufsunfähigkeit gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
- **Beendigung aufgrund Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 13**
  Der Antrag auf Umwandlung des vom Versicherungsnehmer gekündigten Versicherungsverhältnisses nach Teil I Absatz 2 ist vom Versicherungsnehmer bis zum Wirksamkeitsdatum der Kündigung zu stellen.

§ 15a Regelungen im Fall von vorübergehender Arbeitslosigkeit

Teil I

(entfällt)

Teil II

(1) Sobald der Versicherer Kenntnis vom Eintritt einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit einer versicherten Person erlangt und solange die Versicherungsfähigkeit bei Arbeitslosigkeit gemäß § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe b) nicht entfällt, gelten folgende Regelungen:

1. **Sofern die versicherte Person bei Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit auch weiterhin von der Versicherungspflicht befreit ist (zum Beispiel gemäß § 8 Absatz 1 Nr. 1a SGB V) und zum Zeitpunkt dieses Eintritts kein laufender Versicherungsfall vorliegt, wird das Versicherungsverhältnis mit Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit wie folgt angepasst:**

a) Das insgesamt für die versicherte Person versicherte Krankentagegeld beträgt 70 Prozent des vertraglich vereinbarten Tagessatzes, insgesamt maximal jedoch den Höchstsatz des Arbeitslosengeldes I nach dem SGB III. Der Tagessatz wird kaufmännisch auf volle Eurobeträge gerundet.
b) Ein Tarif mit einer kürzeren Karenzzeit als 42 Tage wird in den entsprechenden Tarif mit einer Karenzzeit von 42 Tagen umgestellt.
c) Der Versicherungsbeitrag wird entsprechend der gekürzten Leistungen angepasst.

Der Versicherungsnehmer kann den Teil, um den das Krankentagegeld herabgesetzt wurde, im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, wenn er den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Anpassungsschreibens des Versicherers stellt.

Ein Vertragsverhältnis mit einer längeren Karenzzeit als 42 Tage kann auf Antrag des Versicherungsnehmers ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen Tarif mit einer Karenzzeit von 42 Tagen umgestellt werden, wenn er den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit stellt.

Wurde der Tarif nach Buchstabe b) umgestellt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Arbeitslosigkeit ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten einen Wechsel in den ursprünglichen Tarif zu beantragen, soweit zum Zeitpunkt des Antrags die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Ursprungstarif erfüllt sind.

2. Tritt die vorübergehende Arbeitslosigkeit während eines laufenden Versicherungsfalls ein und ist die versicherte Person auch weiterhin von der Versicherungspflicht befreit (zum Beispiel gemäß § 8 Absatz 1 Nr. 1a SGB V), erfolgt die Anpassung des Vertragsverhältnisses gemäß Ziffer 1 Buchstabe a) und c) erst mit Beendigung des Versicherungsfalls, spätestens jedoch drei Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

   Der Versicherungsnehmer kann den Teil, um den das Krankentagegeld herabgesetzt wurde, im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, wenn er den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Anpassungsschreibens des Versicherers stellt.

   Eine Umstellung von einem Tarif mit kürzerer Karenzzeit als 42 Tage in einen entsprechenden Tarif mit einer Karenzzeit von 42 Tagen erfolgt erst mit Beendigung des Versicherungsfalls.
3. Dauert die vorübergehende Arbeitslosigkeit 12 Monate oder länger an, wird das versicherte Krankentagegeld zum Ablauf von 12 Monaten seit Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit auf 50 Prozent der nach der Vertragsanpassung gemäß Ziffer 1 oder 2 versicherten Leistung herabgesetzt und der Versicherungsbeitrag entsprechend angepasst. Der Tagessatz wird dabei kaufmännisch auf volle Eurobeträge gerundet.

   Besteht zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, erfolgt die weitere Kürzung nach Satz 1 erst mit Beendigung des Versicherungsfalls, spätestens jedoch 15 Monate nach Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit.

   Der Versicherungsnehmer kann den Teil, um den das Krankentagegeld nach dieser Ziffer herabgesetzt wurde, ebenfalls im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, wenn er den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt dieses Anpassungsschreibens beim Versicherers stellt.
4. Das Vorliegen der Voraussetzungen der vorübergehenden Arbeitslosigkeit gemäß § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe b) ist dem Versicherer anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers – jedoch höchstens einmal pro Monat – nachzuweisen. Als Nachweise über die ernsthaften Bemühungen zur Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit können zum Beispiel der Bescheid über Bezug von Arbeitslosengeld I oder Bewerbungsschreiben samt entsprechender Rückmeldung eingereicht werden.
5. Teilt der Versicherungsnehmer eine vorübergehende Arbeitslosigkeit erst nach Beendigung der Arbeitslosigkeit mit, findet keine rückwirkende Vertragsanpassung für die beendete Arbeitslosigkeit statt.

(2) Liegen die Voraussetzungen der vorübergehenden Arbeitslosigkeit des § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe b) nicht vor, entfällt die Versicherungsfähigkeit und es gelten § 15 Teil I Absatz 1 Buchstabe a) sowie § 15 Teil II Absatz 5.

(3) Sofern die versicherte Person in der GKV versicherungspflichtig ist oder mit Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit in der GKV versicherungspflichtig wird, wird das Versicherungsverhältnis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beendet. Tritt die Arbeitslosigkeit während eines laufenden Versicherungsfalls ein, wird das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 mit Beendigung des Versicherungsfalls, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit beendet. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach Satz 1 oder Satz 2 kann der Versicherungsnehmer den beendeten Vertrag im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, wenn er den Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses stellt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

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

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeld-Versicherung

(1) Bei der Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 Gewinnbegriff im Allgemeinen

(...)

(3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbriefte Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.

(...)

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(...)

§ 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,

(...)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(...)

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(...)

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankentagegeld-Versicherung basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2019

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KT 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KT 2019) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif KTV21–KTV364: Krankentagegeld-Versicherungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen KTV21 und KTV28 sind nur Selbstständige im Sinne von § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) versicherungsfähig, wenn für sie als versicherte Person gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht.
Nach den Tarifen KTV42, KTV70, KTV91, KTV105, KTV133, KTV182, KTV273 und KTV364 sind Selbstständige und Arbeitnehmer im Sinne von § 1 Teil II Absatz 1 Buchstabe a) der AVB versicherungsfähig, wenn für sie als versicherte Person gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer besteht.
Eine Krankheitskosten-Vollversicherung im Sinne dieses Tarifs liegt vor, wenn eine substitutive Krankheitskosten-Vollversicherung mit Anspruch auf Versicherungsleistungen beim Versicherer besteht. Ausgenommen sind die Versicherung im Basistarif sowie Anwartschaftsversicherungen.

2. Leistungen

2.1 Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Teil I Absatz 3 der AVB oder bei einem Versicherungsfall gemäß § 1a Teil I der AVB für jeden Tag innerhalb der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist		
bei Tarif KTV21	der 22. Tag	(21 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV28	der 29. Tag	(28 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV42	der 43. Tag	(42 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV70	der 71. Tag	(70 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV91	der 92. Tag	(91 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV105	der 106. Tag	(105 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV133	der 134. Tag	(133 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV182	der 183. Tag	(182 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV273	der 274. Tag	(273 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV364	der 365. Tag	(364 Tage Karenzzeit)
	der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise seit Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.	

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

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

2.2 Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes der versicherten Person

a) Unabhängig von der Karenzzeit des Tarifs besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld, wenn
   - die versicherte Person der Arbeit fernbleibt, um ihr erkranktes Kind zu beaufsichtigen, zu betreuen oder zu pflegen, wobei eine Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist und
   - eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und

- die Erkrankung des Kindes erst nach Versicherungsbeginn in dem versicherten Krankentagegeld-Tarif eingetreten ist und
- das Kind beim Versicherer privat krankheitskostenvollversichert ist und es das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für längstens 15 Arbeitstage, unabhängig von der Anzahl der Kinder der versicherten Person und unabhängig davon, welches ihrer Kinder erkrankt ist.

b) Unabhängig von der Karenzzeit besteht einmalig während der Vertragslaufzeit ein Anspruch auf Krankentagegeld für maximal 90 Kalendertage,
   - wenn und solange ein Kind der versicherten Person nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet, bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austherapiert ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
   - die versicherte Person daher zu Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt und
   - das Kind beim Versicherer privat krankheitskostenvollversichert ist und es das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

c) Das ärztliche Zeugnis nach a) ist dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung vorzulegen.
   Arbeitnehmer haben auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.
   Das ärztliche Zeugnis nach b) ist dem Versicherer auf Verlangen vorzulegen.

Der Anspruch auf Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes entfällt bei Arbeitnehmern, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht.

3. Leistungsanpassung

Alle drei Kalenderjahre – erstmalig im Jahr 2024 – passt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld gleichzeitig für alle versicherten Personen nach den Tarifen KTV21 – KTV364, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen, entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte an, wobei nur Anpassungen in Form von Erhöhungen des vereinbarten Tagegelds vorgenommen werden.

Die Leistungsanpassung für die versicherte Person findet nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach diesem Tarif bestand, sich während dieser Zeit die vereinbarte Tagessatzhöhe nicht geändert hat und der Tarif nicht ruht.

Zur Berechnung des Anpassungssatzes werden die von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichten durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte herangezogen. Der Anpassungssatz entspricht der prozentualen Veränderung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte über einen Zeitraum von drei Jahren, wie sie zum Zeitpunkt der Berechnung des Anpassungssatzes zuletzt beobachtet wurde. Der Anpassungssatz des Krankentagegelds ist auf maximal 10 Prozent begrenzt. Das hinzukommende Krankentagegeld wird mithilfe des derart bestimmten Anpassungssatzes berechnet und kaufmännisch auf volle 1 Euro gerundet.

Die Höherstufung wird ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Für den bisherigen Versicherungsschutz nach diesem Tarif vereinbarte besondere Vereinbarungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzukommende Krankentagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter (Unterschied zwischen Jahr der Geburt und dem Jahr der Leistungsanpassung) der versicherten Person berechnet. Das hinzukommende Krankentagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Erhöhung des Beitrags und des versicherten Krankentagegelds sowie das Wirksamkeitsdatum der Erhöhung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamkeitsdatum schriftlich mitgeteilt. Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er ihr nicht spätestens einen Monat nach dem Wirksamkeitsdatum in Textform widersprochen hat. Darauf wird der Versicherer bei jeder Leistungsanpassung noch einmal gesondert hinweisen.

4. Ergänzende Bestimmungen

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 gilt § 15 Teil I Absatz 1 Buchstabe a) entsprechend. Das Versicherungsverhältnis kann auf Antrag der versicherten Person in diesem Fall ergänzend zu § 15 Teil I Absatz 2 in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ergänzend zu § 15 Teil II Absatz 1 unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte in einem anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgesetzt werden, sofern für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht. Dieser Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 zu stellen.

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I)

Private Pflege-Pflichtversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 2025) Stand 1. Juli 2025 170

Zusatzvereinbarungen Stand 1. Juli 2025 186

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB 188

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) und sonstige Übergangsregelungen 193

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren 195

Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI 196

Gesetzesteil zur Privaten Pflege-Pflichtversicherung 200

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung 234

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung – Bedingungsteil – (MB/PPV 2025) Stand 1. Juli 2025

Dieser Bedingungsteil gilt in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflege-Pflichtversicherung

Der Versicherungsschutz 171

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes 171
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes 173
§ 3 Wartezeit 173
§ 4 Umfang der Leistungspflicht 173
A. Leistungen bei häuslicher Pflege 173
B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) 175
C. Kurzzeitpflege 175
D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen 175
E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen 176
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 176
G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 176
H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag 177
I. Pflegeberatung 177
J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen 177
K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen 177
L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson 178
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht 178
§ 5a Leistungsausschluss 179
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung 179
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes 181

Pflichten des Versicherungsnehmers 181

§ 8 Beitragszahlung 181
§ 8a Beitragsberechnung 182
§ 8b Beitragsänderungen 182
§ 9 Obliegenheiten 182
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen 183
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte 183
§ 12 Aufrechnung 183

Ende der Versicherung 184

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 184
§ 14 Kündigung durch den Versicherer 184
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe 184

Sonstige Bestimmungen 185

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen 185
§ 17 Gerichtsstand 185
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 185
§ 19 Beitragsrückerstattung 185

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Absatz 14 i.V.m. § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Absatz 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

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

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

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

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein 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 mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

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

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

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

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

(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV, 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 Absatz 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am 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 Tag der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absatz 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang) sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstandsschutzregelungen.
Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum

dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen.
Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe 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 Pflegegelds wird während einer Ersatzpflege nach Absatz 6 und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegelds nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI (siehe Anhang), in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) erhalten.

(4) Versicherte Personen, 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 einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflege-Pflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflege-Pflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet.
Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Absatz 1a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.
Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet.

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) gilt entsprechend.
Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.
Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1

abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.
Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.
Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(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 den Absätzen 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 die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen 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 selbständig 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 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 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. 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 oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben 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. 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. Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal.

(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs 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 Absatz 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.
Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.
Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit 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 Absatz 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 Pflege-Pflichtversicherung.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) – (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Absatz 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs 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 Selbständigkeit 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. 11 a) 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 Absatz 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
f) die Information über Leistungen zur Entlastung der 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.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.
Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs 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 Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebe-

dürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.
Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nummer 15 des Tarifs PV.

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Absatz 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.

(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

§ 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 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz gemäß § 4 Absatz 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleitet;
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit 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 Absatz 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 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 Absatz 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 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 Aufenthalts in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Absatz 1

Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 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 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 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 sowie digitale Pflegeanwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Absatz 23 Satz 1 oder nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

(3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Absatz 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten gegebenenfalls auch solche nach § 4 Absatz 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Absatz 13.

Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Pflege-Pflichtversicherung 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 einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin,

der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, ergänzt oder ersetzt werden.
Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalls behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.
Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 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 den Absätzen 2b oder 2c 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

(2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.

(2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
d) nicht hauptberuflich 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des 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 Pflege-Pflichtversicherung 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 Absatz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge

haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

(7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 Euro verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 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 Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung 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 zum Beispiel aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflege-Pflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Absatz 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen 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 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalls gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Kündigungsrechts gemäß § 14 Absatz 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

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

(3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs 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 Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung, zum Beispiel wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflege-Pflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrags der privaten Pflege-Pflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswerts nach Maßgabe von § 14 Absatz 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absatz 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht 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 Pflege-Pflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Absatz 1 Nr. 1, Absatz 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrags an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwangs gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflege-Pflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Absatz 6) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Kranken-

hausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflege-Pflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a).
Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem Abrechnungsverband private Pflege-Pflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

Zusatzvereinbarungen Stand 1. Juli 2025

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 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 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2025 entfällt die Wartezeit;

2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2025 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;

3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2025

   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.
   Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheids verlangen.
   Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
   b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8a Absatz 2 MB/PPV 2025

   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 Absatz 5 VVG (siehe Anhang)

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

In Abweichung von

§ 8 Absatz 5 MB/PPV 2025

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 Höchstbeitrags herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (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 Höchstbeitrags herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Absatz 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Stand 1. Juli 2025

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2025) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer 188

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe 188
Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit 188
1. Häusliche Pflege 188
2. Pflegegeld 189
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) 189
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 189
5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) 190
6. Kurzzeitpflege 190
7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen 190
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen 191
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 191
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 191
11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag 192
12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung 192
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen 192
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen 192
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen 192
16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson ... 192

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1–16 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 Absatz 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Absatz 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV – siehe Anhang) für
1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent,
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Absatz 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent,
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent,
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent,

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1–16 vorgesehenen Beträge.
Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro 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 796 Euro,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.497 Euro,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.859 Euro,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.299 Euro

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 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) 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
b) 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
c) 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
d) 990 Euro 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 wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet.
In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben und mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung zum einen auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV und zum anderen auf zwei Monate begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen unter Anrechnung der der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den Gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1 begrenzt.

Wird die Ersatzpflege nach Satz 2 erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung bis zur Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

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

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Absatz 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines 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 10 Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu
- 42 Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sind auf
- 4.180 Euro

je Maßnahme begrenzt.
Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnah-

me durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.720 Euro 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 721 Euro,
b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.357 Euro,
c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.685 Euro,
d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 2.085 Euro

erstattet.
Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrags sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.
Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.
In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1 ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs 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.

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

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal
a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 805 Euro je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.319 Euro je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.855 Euro je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.096 Euro je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.
Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nummer 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 278 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.
Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Absatz 11 Satz 3 ist ein Betrag von 3.085 Euro.
In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Absatz 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Absatz 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.
In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 131 Euro je Kalendermonat erstattet.
Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.
In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,
ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.
Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.
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 Pflege-Pflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dürfen die tatsächliche Höhe dieser Beiträge nicht übersteigen.
In Tarifstufe 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 Absatz 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).
Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.
Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Absatz 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.
Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.
Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Absatz 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.
In Tarifstufe 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 209 Euro 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 Absatz 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)

werden bis zu 131 Euro monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Absatz 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Absatz 7a beträgt 224 Euro.
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 10.452 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.613 Euro.
In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 53 Euro im Monat des nach § 78a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.
Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.
In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42b Absatz 5 Satz 2 bis 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.
Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Absatz 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.
In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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) und sonstige Übergangsregelungen

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz

(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Absatz 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Absatz 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Absatz 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Absatz 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Absatz 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Absatz 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Absatz 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Absatz 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 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 Absatz 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.
Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2025 unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2025. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2025 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2025 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 5 MB/PPV 2025) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Absatz 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2025 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2025 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Für versicherte Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), des § 23 Abs. 5 SGB XI (siehe Anhang) und des § 5 Abs. 1b) MB/PPV 2023 weiter.

§ 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025

Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Ersatzpflege gemäß § 4 Absatz 6 MB/PPV 2025 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 4 Absatz 10 MB/PPV 2025 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Nr. 3 und Nr. 6 des Tarifs PV für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1

(zu § 15 SGB XI)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 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 Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	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	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (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 Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen 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 unter dreimal 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 Ausprägungen 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	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2

(zu § 15 SGB XI)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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- und 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		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	
8 Haushaltführung		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	

Anmerkung: 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.

Gesetzesteil zur Privaten Pflege-Pflichtversicherung

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

Drittes Buch (III)
Arbeitsförderung (SGB III)

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)

3a. (weggefallen)

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungspflichtverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnittes liegen.
   Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Absatz 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,

2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder

3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig **waren oder Anspruch auf** eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch **hatten** und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden,
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Absatz 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Absatz 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezugs von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist oder während des Bezugs von Krankentagegeld Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Absatz 2 Satz 2, § 26 Absatz 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgelds,
8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
   a) Krankengeld der Sozialen Entschädigung 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 die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
   a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
   b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
   c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (aufgehoben)
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 Wirtschaftszweigs gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesamt für Soziale Sicherung und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blut-

stammzellen 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.

Viertes Buch (IV)
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit; Geringfügigkeitsgrenze

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt.

(...)

§ 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 Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für die Zeit ab 1. Januar 2025 ist eine Bezugsgröße (Ost) nicht mehr zu bestimmen.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannte Gebiet.

Fünftes Buch (V)
Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(...)

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. (...)

§ 33 Hilfsmittel

(...)

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(...)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die

in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(...)

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. (...)

(...)

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegkasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

(1a) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht auch für Versicherte, die nach § 11 Absatz 3 bei stationärer Behandlung ihres versicherten Kindes aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten medizinischen Gründe, die eine Mitaufnahme notwendig machen, sowie die Dauer der notwendigen Mitaufnahme sind von der stationären Einrichtung gegenüber der Begleitperson des versicherten Kindes zu bescheinigen; im Fall des § 11 Absatz 3 Satz 2 ist die Bescheinigung auf die Dauer der in Satz 1 genannten Mitaufnahme zu beschränken. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nur für einen Elternteil. § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend. Der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 bleibt unberührt. Kein Anspruch auf Krankengeld nach Satz 1 besteht, wenn Krankengeld nach Absatz 4 oder nach § 44b in Anspruch genommen wird.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das

Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a 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 oder Absatz 1a aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5 und § 47b gelten entsprechend.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 jeweils in dem Kalenderjahr 2024 und in dem Kalenderjahr 2025 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 oder Absatz 1a haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 oder Absatz 1a 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 die §§ 47 und 47b 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 oder Absatz 1a 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Absatz 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 Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Absatz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 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 im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb der Vertrauensstelle anfallenden Verwaltungskosten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen finanziert. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(3) Die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 2 führt ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern. Das Verzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie die erforderlichen Angaben, um zu gewährleisten, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere zu dem Verzeichnis im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 fest, insbesondere ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses. Das Verzeichnis darf ausschließlich zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet werden.

§ 404 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheits-Vollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Absatz 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nummer 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Absatz 2b in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sechstes Buch (VI)
Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) – Stand 31.12.2016

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(...)

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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.

Sechstes Buch (VI)
Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren; sind zwischen dem Einsatzunfall und der Einstellung in ein Wehrdienstverhältnis besonderer Art nicht mehr als sechs Wochen vergangen, gilt das Wehrdienstverhältnis besonderer Art als mit dem Tag nach Ende einer Versicherungspflicht nach Nummer 2 begonnen,

2b. in der sie als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, es sei denn, sie sind für die Zeiten als Soldaten auf Zeit nach § 186 nachversichert worden,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,

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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbs-

mäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen an Selbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nummer 2b bis 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(...)

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

(...)

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen
1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezugs 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 Zivildienst Leistende versichert sind, 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,
1a. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienst Leistende versichert sind und Leistungen nach § 5 oder § 8 Absatz 1 Satz 1 jeweils in Verbindung mit Anlage 1 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beiträgen zugrunde liegt oder läge, mindestens jedoch 80 Prozent der Bezugsgröße; bei Teilzeitbeschäftigung wird dieser Prozentsatz mit dem Teilzeitanteil vervielfältigt,
1b. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
1c. bei Personen, die als ehemalige Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse beziehen, die nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes gewährten Übergangsgebührnisse; liegen weitere Versicherungsverhältnisse vor, ist beitragspflichtige Einnahme höchstens die Differenz aus der Beitragsbemessungsgrenze und den beitragspflichtigen Einnahmen aus den weiteren Versicherungsverhältnissen,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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 Absatz 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sekundierten Personen das Arbeitsentgelt und die Leistungen nach § 9 des Sekundierungsgesetzes; im Übrigen gilt Nummer 4 entsprechend,

4c. 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 4 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 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 aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienst Leistenden, ehemaligen Soldaten auf Zeit während des Bezugs von Übergangsgebührnissen nach § 11 des Soldatenversorgungsgesetzes, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,

b) Krankengeld der Sozialen Entschädigung, 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 Vorruhestandsgelds Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, bei sekundierten Personen oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen oder entsprechenden Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten
1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder für sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Absatz 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Siebtes Buch (VII)
Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

§ 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.

Neuntes Buch (IX)
Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX)

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

(...)

Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der 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 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 selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 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 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.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. 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 § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

(...)

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(...)

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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. selbstständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches,
7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgelds versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige 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 Absatz 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(...)

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

(...)

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

§ 10 Absatz 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Absatz 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Absatz 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 42b Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(...)

(5) (...) Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. (...)

(...)

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 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. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

(...)

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des 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 oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die 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. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des

Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Absatz 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(1a) Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Absatz 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

(...)

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(...)

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

(...)

3. Räumlichkeiten,
   a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
   b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
   c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

(...)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

(...)

(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 Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann. Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

(...)

§ 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 selbstständiges 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 Vertrags vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(...)

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler

Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(...)

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(...)

(5) (...) In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. (...)

(...)

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(...)

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(...)

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(...)

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 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 Beschäf-

tigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
   a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
   b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
   c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege" (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(...)

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(...)

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Absatz 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrags bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Absatz 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Absatz 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Absatz 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
   a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
   b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
   c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Absatz 2),
   d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
   e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Absatz 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrags 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 Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

   vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Absatz 1 und § 23 Absatz 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die

Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

Zwölftes Buch (XII)
Sozialhilfe (SGB XII)

§ 63b Leistungskonkurrenz

(...)

(3) Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. (...)

(4) Absatz 3 Satz 1 gilt nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches, soweit Pflegebedürftige ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte (Arbeitgebermodell) sicherstellen. (...)

(...)

(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

(...)

§ 75 Allgemeine Grundsätze

(...)

(3) Sind mehrere Leistungserbringer im gleichen Maße geeignet, hat der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen vorrangig mit Leistungserbringern abzuschließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und vergleichbarer Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Leistungserbringer.

(...)

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(...)

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Krankheitskosten-Versicherung, 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Basistarifs,
   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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(...)

§ 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 aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(...)

Auszug aus der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)

§ 14 Übertragungswert

(...)

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

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

Art. 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

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

Auszug aus dem 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; sie ist 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.

(6a) Beschäftigte von Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten können bei ihrem Arbeitgeber den Abschluss einer Vereinbarung über eine Pflegezeit nach Absatz 1 Satz 1 oder eine sonstige Freistellung nach Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 1 beantragen. Der Arbeitgeber hat den Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zugang zu beantworten. Eine Ablehnung des Antrags ist zu begründen. Wird eine Pflegezeit oder sonstige Freistellung nach Satz 1 vereinbart, gelten die Absätze 2, 3 Satz 4 und 6 erster Halbsatz, Absatz 4 Satz 1 sowie Absatz 6 Satz 2 und 4 entsprechend.

(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.

(...)

Auszug aus dem Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfZG)

§ 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus der 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 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst auf Grund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

(...)

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

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 376 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 Falls unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 642, 916, 1.174, 1.524 oder 1.876 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 Absatz 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrags geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Absatz 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrags entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrags, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (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 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne dass ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn
   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Absatz 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindesthöhe um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und
   b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,
4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,
5. Personen, die die Regelaltersgrenze nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erreicht haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,
6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(...)

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, § 24, § 40 Absatz 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen, in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei vorzeitigen Entbindungen ist § 3 Absatz 2 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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.

Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz (Entwicklungshelfer-Gesetz – EhfG)

§ 1 Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

(...)

Auszug aus dem 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.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Stand: 1.Januar 2025

1.	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1	**Pflegebetten**	
	• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
	• Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar	50.45.01.1000-1999
	• Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
	• Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999
	• Niedrigpflegebetten	50.45.01.5000-5999
1.2	**Pflegebettenzubehör**	
	• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
	• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
	• Bettaufrichter (Bettgalgen)	50.45.02.2000-2999
	• sonstige Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
	• Bettseitenteile (Seitengitter)	50.45.02.4000-4999
	• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
	• Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999
	• Bettzelt für den temporären Gebrauch	50.45.02.7000-7999
1.3	**Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung**	
	• Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
	• Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
	• Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
1.4	**Spezielle Pflegebetttische**	
	• Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
	• Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5	**Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung**	
	• Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6	**Rollstühle mit Sitzkantelung**	
	• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7	**Lagekorrekturhilfen für Bettlaken**	
	• Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999
1.8	**Treppenfahrzeuge**	
	• Treppensteighilfen	50.45.10.0000-0999
	• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
	• Treppenraupen	50.45.10.1000-1999
	•	18.65.01.2000-2999
1.9	**Rampensysteme**	
	• Mobile Rampen	50.45.11.0000-0999
Hilfsmittel[1]:		
1.10	**Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung**	
	• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.11	**Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert**	
	• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.12	**Zubehör für Lifter**	
	• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.13	**Umsetz- und Hebehilfen**	
	• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
	• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
	• Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
	• Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
	• Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	22.29.01.7000-7999
Innenraum und Außenbereich		
1.14	**Schieberollstühle**	
	• Schieberollstühle	18.50.01.0000-0999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene — HMV-Nummer

2.1	**Produkte zur Hygiene im Bett**	
	• Bettpfannen	51.40.01.0001-0999
	• Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
	• Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
	• Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
	• Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar, verschiedene Größen	51.40.01.4000-4999
2.2	**Waschsysteme**	
	• Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
	• Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999

Hilfsmittel[1]:

2.3	**Badewannenlifter**	
	• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4	**Badewanneneinsätze**	
	• Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5	**Badewannensitze**	
	• Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
	• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6	**Duschhilfen**	
	• Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
	• Duschhocker	04.40.03.1000-1999
	• Duschstühle	04.40.03.2000-2999
	• Duschliegen	04.40.03.3000-3999
	• Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
	• Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7	**Toilettensitze**	
	• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
	• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
	• Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8	**Toilettenstützgestelle**	
	• Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
	• Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9	**Toilettenstühle**	
	• Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
	• Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
2.10	**Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen**	
	• Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
	• Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
	• Boden-Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.11	**Dusch-/Toilettenrollstühle**	
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999
2.12	**Toilettenrollstühle**	
	• Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
	• Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
	• Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999
2.13	**Duschrollstühle**	
	• Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
	• Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
	• Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

3.	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität	HMV-Nummer
3.1	**Notrufsysteme**	
	• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
3.2	**Zubehör für Hausnotrufsysteme**	
	• Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3	**Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten**	
	• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
	• Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung	52.40.03.1000-1999
	• Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse	52.40.03.2000-2999
	• Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	52.40.03.3000-3999
	• Pflegehilfsmittel zur Kommunikation	52.40.03.4000-4999
	• Systembezogene Abrechnungspositionsnummern	52.40.03.5000-5999
3.4	**Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**	
	• Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme	52.40.04.0000-0999
	• Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen	52.40.04.1000-1999
3.5	**Assistenzsysteme**	
	• Modulare Assistenzsysteme	52.40.05.0000-0999
Hilfsmittel[1]:		
3.6	**Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung**	
	• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999
3.7	**Gehhilfen**	
	• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	• Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
	• Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4.	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	HMV-Nummer
4.1	**Lagerungsrollen**	
	• Lagerungsrollen	51.45.02.0000-0999
	• Lagerungshalbrollen	51.45.02.1000-1999
Hilfsmittel[2]:		
4.2	**Lagerungskeile**	
	• Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 Zentimeter	20.29.01.0001-3999
4.3	**Sitzhilfen zur Vorbeugung**	
	• Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.1000-4999
4.4	**Liegehilfen zur Vorbeugung**	
	• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-2999
	• Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche	11.29.05.0001-0999
	• Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	11.29.05.1000-1999
	• Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen	11.29.05.2000-2999
	• Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2 siehe Fußnote **Fehler! Textmarke nicht definiert.** auf dieser Seite

5.	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	• Medizinische Gesichtsmaske	54.99.01.2000-2999
	• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
	• Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4000-4999
	• Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5000-5999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel[1]:		
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	**Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen**	
	• Fixierhosen Größe 1/ Fixierhosen 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
	• Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	15.25.05.5000-5999
5.9.	**Urin-Bettbeutel**	
	• Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	• Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	15.25.06.0001-0999
5.10	**Zubehör für Auffangbeutel**	
	• Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	• Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Stand: 1.Januar 2026

1.	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1	**Pflegebetten**	
	• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 170 kg bis 210 kg)	50.45.01.1000-1999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤170 kg)	50.45.01.2000-2999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar mit Sitz- und Aufrichtfunktion (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.4000-4999
	• Pflege-Niedrigbetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter)	50.45.01.5000-5999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.01.6000-6999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL >314 kg)	50.45.01.7000-7999
1.2	**Pflegebettenzubehör**	
	• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
	• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
	• Bettaufrichter	50.45.02.2000-2999
	• sonstige Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
	• Bettseitenteile	50.45.02.4000-4999
	• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
	• Seitenpolster	50.45.02.6000-6999
	• Bettzelte für den temporären Gebrauch	50.45.02.7000-7999
1.3	**Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung**	
	• Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
	• Einlegerahmen, motorisch verstellbar mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
	• Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
	• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL ≤ 250 kg)	50.45.03.5000-5999
	• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50.45.03.6000-6999
	• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL > 314 kg)	50.45.03.7000-7999
1.4	**Pflegebetttische/-schränke**	
	• Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
	• Pflegebettschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5	**Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung**	
	• Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6	**Rollstühle mit Sitzkantelung**	
	• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7	**Positionierungshilfen**	
	• Lagekorrekturhilfen	50.45.09.0000-0999
	• Positionierungshilfen/Transferhilfen	50.45.09.1000-1999
1.8	**Treppenfahrzeuge**	
	• Treppensteighilfen	50.45.10.0000-0999
	• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
	• Treppenraupen	50.45.10.1000-1999
		18.65.01.2000-2999
1.9	**Rampensysteme**	
	• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	50.45.11.0000-0999
		22.50.01.0000-0999
Hilfsmittel[1]:		
1.10	**Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung**	
	• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.11	**Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert**	
	• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.12	**Zubehör für Lifter**	
	• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.13	**Umsetz- und Hebehilfen**	
	• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
	• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
	• Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
	• Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
	• Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	22.29.01.7000-7999
Innenraum und Außenbereich		
1.14	**Schieberollstühle**	
	• Schieberollstühle	18.50.01.0000-0999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene — HMV-Nummer

2.1	**Produkte zur Hygiene im Bett**	
	• Bettpfannen	51.40.01.0001-0999
	• Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
	• Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
	• Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
	• Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar, verschiedene Größen	51.40.01.4000-4999
2.2	**Waschsysteme**	
	• Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
	• Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999

Hilfsmittel[1]:

2.3	**Badewannenlifter**	
	• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4	**Badewanneneinsätze**	
	• Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5	**Badewannensitze**	
	• Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
	• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6	**Duschhilfen**	
	• Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
	• Duschhocker	04.40.03.1000-1999
	• Duschstühle	04.40.03.2000-2999
	• Duschliegen	04.40.03.3000-3999
	• Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
	• Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7	**Toilettensitze**	
	• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
	• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
	• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
	• Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8	**Toilettenstützgestelle**	
	• Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
	• Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9	**Toilettenstühle**	
	• Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
	• Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
2.10	**WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung**	
	• WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung	33.40.05.0001-0999
2.11	**Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen**	
	• Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
	• Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
	• Boden-Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.12	**Dusch-/Toilettenrollstühle**	
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
	• Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
	• Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999
2.13	**Toilettenrollstühle**	
	• Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
	• Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
	• Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
	• Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999
2.14	**Duschrollstühle**	
	• Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
	• Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
	• Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
	• Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung — HMV-Nummer

3.1	**Notrufsysteme**	
	• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
	• Zubehör für Hausnotrufsysteme	52.40.01.2000-2999
3.2	**Zubehör für Hausnotrufsysteme**	
	• Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3	**Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung**	
	• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
	• Produkte zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme	52.40.03.2000-2999
	• Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren	52.40.03.3000-3999
	• Pflegehilfsmittel zur Kommunikation	52.40.03.4000-4999
	• Systembezogene Abrechnungspositionsnummern	52.40.03.5000-5999
3.4	**Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**	
	• Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme	52.40.04.0000-0999
3.5	**Assistenzsysteme**	
	• Modulare Assistenzsysteme	52.40.05.0000-0999

Hilfsmittel[1]:

3.6	**Gehhilfen**	
	• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	• Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
	• Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden — HMV-Nummer

4.1	**Lagerungsrollen**	
	• Lagerungsrollen	51.45.02.0000-0999
	• Lagerungshalbrollen	51.45.02.1000-1999

Hilfsmittel[2]:

4.2	**Lagerungskeile**	
	• Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 Zentimeter	20.29.01.0001-3999
4.3	**Sitzhilfen zur Vorbeugung**	
	• Weichlagerungssitzkissen	11.39.01.1000-4999
4.4	**Liegehilfen zur Vorbeugung**	
	• Weichlagerungsauflagen	11.29.01.0001-1999
	• Weichlagerungsmatratzen mit unstrukturierter/ebener Liegefläche	11.29.05.0001-0999
	• Weichlagerungsmatratzen mit strukturierter/unebener Liegefläche	11.29.05.1000-1999
	• Weichlagerungsmatratzen mit austauschbaren Weichlagerungselementen	11.29.05.2000-2999
	• Weichlagerungsmatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2 siehe Fußnote **Fehler! Textmarke nicht definiert.** auf dieser Seite

5.	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	• Medizinische Gesichtsmaske	54.99.01.2000-2999
	• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
	• Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4000-4999
	• Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5000-5999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel[1]:		
5.4	**Aufsaugende Inkontinenzvorlagen**	
	• Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
	• Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
	• Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
	• Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, niedrige Saugleistung	15.25.30.5000-5999
5.5	**Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen**	
	• Fixierhosen Größe 1/ Fixierhosen Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6	**Aufsaugende Inkontinenzhosen**	
	• Inkontinenzhosen	15.25.31.0001-8999
5.7	**Externe Urinalableiter**	
	• Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
5.8	**Urin-Beinbeutel**	
	• Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
	• Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril	15.25.05.5000-5999
5.9.	**Urin-Bettbeutel**	
	• Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	• Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril	15.25.06.0001-0999
5.10	**Zubehör für Auffangbeutel**	
	• Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	• Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

1 **Hilfsmittel:** Neben den genannten **Pflege**hilfsmitteln können auch die aufgeführten **Hilfsmittel** in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

Tarifbeschreibung für die Pflege-Pflichtversicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflege-Pflichtversicherung (AVB) für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2025 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/PPV 2025) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif PVN, PVB:
Pflege-Pflichtversicherung

Für die Pflege-Pflichtversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (Bedingungsteil MB/PPV 2025 und Tarif PV).

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung Unisex (MB/EPV 2017 und TB/EPV 2013)

Teil I Musterbedingungen 2017 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2017)

Teil II Tarifbedingungen (TB/EPV 2013)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekosten-Versicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekosten-Versicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(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 (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekosten-Versicherung und in der Pflegetagegeld-Versicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekosten-Versicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt in der Pflegekosten-Versicherung höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. 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.

Teil II

Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 5 Satz 2 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Teil I

(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 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags 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 Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II

(1) Werden Personen nachversichert oder nachträglich Tarife mit höheren Leistungen abgeschlossen, so gelten für diesen Teil des Vertrags die gleichen Bestimmungen wie für einen Neuabschluss. Eine Ausnahme bildet die im Pflegetagegeld-Tarif vorgesehene Anpassungsmöglichkeit.

(2) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeit

Teil I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt 36 Monate.

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

Teil II

Die Wartezeit nach Teil I entfällt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

(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

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Absatz 5 für die Pflegekosten-Versicherung, solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden;
d) in der Pflegekosten-Versicherung, soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies

gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;

e) in der Pflegekosten-Versicherung, soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

Teil II

(1) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Versicherungsfälle nach Teil I Absatz 1 a entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

(2) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 b entfällt.

(3) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 1 c genannten Staaten (§ 1 Teil I Absatz 5) gleichgestellt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung 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) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

Teil II

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

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

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

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

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

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

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

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

Teil II

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

(2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Abweichend von Teil I Absatz 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

(4) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(5) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

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

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

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

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

Teil II

(1)

1. **Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
2. **Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
3. **Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**

(2) Zur Beitragsentlastung bzw. Leistungsverbesserung werden in der Pflege-Krankenversicherung den Versicherten zusätzliche Beträge gemäß § 150 VAG (siehe Anhang) gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflege-Pflichtversicherung des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

(3) (entfallen)

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

(1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

(2) Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflege-Pflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Absatz 1 und Absatz 2) unter Angabe des Befunds und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalls gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und in der Pflegekosten-Versicherung der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 d.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

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

Teil II

(1) Die Pflegebedürftigkeit ist spätestens bis zu dem Tage, an dem die Leistungspflicht beginnt, anzuzeigen. Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit ist diese in vierteljährlichen Abständen nachzuweisen.

(2) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist durch den für die Pflege-Pflichtversicherung erstellten Nachweis des medizinischen Dienstes über die Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Soweit dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, ist eine Bescheinigung der sozialen bzw. privaten Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienstes vorzulegen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

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

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

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

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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.

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

(3) Endet für eine versicherte Person die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Beendigung der Pflege-Pflichtversicherung insoweit eine ergänzende Pflege-Krankenversicherung rückwirkend zum Ende der Pflege-Pflichtversicherung kündigen. Die Kündigung kann zum Tag der Beendigung der Pflege-Pflichtversicherung, die entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Pflege-Pflichtversicherung nachweist.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekosten-Versicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, kann in der Pflegekosten-Versicherung verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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

Teil II

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

Teil I

(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 Absatz 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 Absatz 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflege-Krankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeld-Versicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeld-Versicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

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

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 376 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 Falls unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 642, 916, 1.174, 1.524 oder 1.876 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 Absatz 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrags geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Absatz 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrags entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrags, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung

der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen

und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

Auszug aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der 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,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 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 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 Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1

(zu § 15 SGB XI)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 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 Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	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	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (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 Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen 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 unter dreimal 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 Ausprägungen 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	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2

(zu § 15 SGB XI)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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- und 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		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	
8 Haushaltführung		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	

Anmerkung: 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.

Tarifbeschreibung (Teil III) für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung basierend auf MB/EPV 2017 und TB/EPV 2013

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2017 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/EPV 2017), Teil II (den Tarifbedingungen TB/EPV 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif 68:
Pflegekosten-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

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

Es gelten folgende Tarifstufen:

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

Leistungen

1. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung bei Aufwendungen für die Leistungsarten
- häusliche Pflege
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
- Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen
- Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

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

2. Pflegegeld

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

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

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

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

Tarif 69:
Pflegetagegeld-Versicherung

Ergänzung zur privaten und sozialen Pflege-Pflichtversicherung

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

Leistungen

Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2 bis 5 in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der vollstationären Pflege gezahlt. Ein Anspruch entsteht jedoch frühestens nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

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

Der Pflegegrad muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, die vollstationäre Pflege durch Vorlage der Kostenrechnung des Pflegedienstleisters oder einen anderen geeigneten Nachweis. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

Leistungsanpassung

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

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

Die Höherstufung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Der für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif 69 vereinbarte Beitragszuschlag und sonstige vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.
Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter der versicherten Person berechnet.

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

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

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

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

Überleitungsregelung für Leistungsbezieher zum 31.12.2016

§ 19 Teil I Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für Tarif 69 in der folgenden Fassung:
Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Das Pflegetagegeld wird jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn,

- eine Begutachtung nach der ersten Begutachtung nach Überleitung führt zu einer Einstufung in Pflegegrad 1 oder
- der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Absatz 6 umgewandelt oder
- die vollstationäre Pflege endet oder
- die Pflegebedürftigkeit endet.

Tarif PIN:
Pflegetagegeld-Versicherung

Ergänzung zur privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung

Dieser Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflege-Pflichtversicherung) nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind. Endet die Versicherung in der Pflege-Pflichtversicherung, kann eine bereits bestehende Versicherung nach Tarif PIN weitergeführt werden.
Der Pflegetagegeld-Tarif kann in den jeweiligen Leistungsstufen mit einem Tagessatz in Schritten von 1 Euro abgeschlossen werden.

1. Pflegetagegeld

a) Leistungsstufen

Der Tarif bietet Versicherungsschutz in Form eines Pflegetagegelds. Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der notwendigen Pflege gezahlt. Ein Leistungsanspruch besteht dabei in der Leistungsstufe

PIN1 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1,
PIN2 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2,
PIN3 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3,
PIN4 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4,
PIN5 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5.

Der jeweils vereinbarte Tagessatz ergibt sich aus dem Versicherungsschein. Ein Leistungsanspruch entsteht frühestens ab dem Zeitpunkt, zu dem Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

Die Einstufung in einen höheren Pflegegrad schließt Leistungen für einen niedrigeren Pflegegrad aus.

Die Pflegebedürftigkeit muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienstes nachgewiesen werden.

Sofern die Pflege-Pflichtversicherung geendet hat, richtet sich die Zuordnung zu den Pflegegraden 1 bis 5 nach § 1a Teil I Absatz 3 der AVB; zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist gemäß § 9 Teil II Absatz 2 der AVB vom Versicherungsnehmer in diesem Fall eine Bescheinigung des vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienstes vorzulegen.

Kann kein Einstufungsbescheid der Pflege-Pflichtversicherung vorgelegt werden, weil diese Versicherung (etwa wegen Wohnsitzes im Ausland) nicht mehr besteht, beauftragt der Versicherer abweichend von § 9 Teil II Absatz 2 der AVB auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad nach Maßgabe des SGB XI feststellt; in diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst in Deutschland für die Pflege-Pflichtversicherung angefallen wären. Die Mehrkosten aufgrund des vom Versicherer mit der Untersuchung beauftragten Gutachters hat der Versicherungsnehmer zu tragen.
Entsprechendes gilt für die Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades; in Abweichung von § 9 Teil II Absatz 1 der AVB sind diese für versicherte Personen, deren Pflege-Pflichtversicherung geendet hat, dabei auf Verlangen des Versicherers, höchstens jedoch viermal im Jahr, zu erbringen.

Sobald alle zur Prüfung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen vorliegen, erklärt der Versicherer innerhalb von drei Wochen, ob und in welcher Höhe ein Leistungsanspruch besteht. Jede Änderung der Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 oder deren Wegfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

b) Leistungsanpassung

Alle drei Jahre – gerechnet ab dem Jahr 2017 – passt der Versicherer den vereinbarten Tagessatz in allen Leistungsstufen entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten an. Zur Berechnung des Anpassungssatzes wird der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“ herangezogen. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsraten. Der Anpassungssatz des Pflegetagegelds ist auf maximal 10 Prozent begrenzt. Der hinzukommende Tagessatz wird mithilfe des derart bestimmten Anpassungssatzes je Leistungsstufe berechnet und auf volle 1 Euro aufgerundet.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern
- während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach dieser Leistungsstufe bestand,
- sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben und
- keine Beitragsbefreiung gemäß Ziffer 2 b) des Tarifs besteht.

Die jeweilige Erhöhung des vereinbarten Tagessatzes in einer Leistungsstufe wird ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Die für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif PIN vereinbarten besonderen Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Das hinzukommende Pflegetagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle der Pflegegrade 1, 2 und 3.
Stellt sich nach Wirksamwerden der Leistungsanpassung heraus, dass zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens ein Versicherungsfall nach Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 vorgelegen hat, für den der Versicherer leistungspflichtig ist, so wird die Leistungsanpassung rückgängig gemacht. Versicherer und Versicherungsnehmer sind dann verpflichtet, sich gegenseitig empfangene Leistungen zurück zu gewähren.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter (Unterschied zwischen Jahr der Geburt und dem Jahr der Leistungsanpassung) der versicherten Person berechnet.

Die Erhöhung des Beitrags und des versicherten Pflegetagegelds sowie das Wirksamkeitsdatum der Erhöhung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamkeitsdatum schriftlich mitgeteilt. Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach dem Wirksamkeitsdatum für die jeweilige Leistungsstufe in Textform abgelehnt hat. Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

c) Einmalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Gewährung eines Pflegetagegelds nach diesem Tarif erfolgt zusätzlich eine einmalige Sonderzahlung. Diese beträgt das 60-fache des erstmals zu leistenden Tagegeldbetrags.
Die einmalige Sonderzahlung wird während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal gewährt.
Die Einmalleistung entfällt, wenn für die versicherte Person bereits zu einem früheren Zeitpunkt aus einem anderen Pflegeergänzungstarif des Versicherers eine Einmalleistung erbracht wurde.

d) Nachversicherungsgarantie

Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie hat der Versicherungsnehmer das Recht, die vereinbarten Tagessätze für die betroffene versicherte Person nach einem der nachfolgend aufgeführten, auf die versicherte Person bezogenen Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten bis zu im Rahmen der jeweils geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers geltenden Begrenzungen für den versicherbaren Tagessatz zu erhöhen oder weitere Leistungsstufen des Tarifs PIN abzuschließen, sofern zum Zeitpunkt des jeweiligen Anlasses der Versicherungsfall hinsichtlich der betroffenen versicherten Person noch nicht eingetreten ist und noch kein Pflegeantrag gestellt wurde:

- Abschluss einer Berufsausbildung (Zeitpunkt der Zeugnisausstellung)
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz
- Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes
- erstmaliger Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners der versicherten Person oder ihres eingetragenen Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz
- Scheidung von dem Ehepartner oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz

Der Antrag auf Nachversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach dem jeweiligen Anlass unter Beifügung eines geeigneten Nachweises über den Eintritt des Ereignisses erfolgen. Die Umstellung des Versicherungsschutzes tritt zum Ersten des Monats in Kraft, der auf die Antragstellung folgt. Der zu zahlende Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld bemisst sich nach dem im Jahr der Erhöhung des Versicherungsschutzes erreichten Lebensalter der versicherten Person.

2. Abweichende Tarifbestimmungen

a) Auslandsschutz

In Abweichung zu § 1 Teil I Absatz 5 und § 15 Teil I Absatz 4 der AVB erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeld-Versicherung nach Tarif PIN auch auf Aufenthalte der versicherten Person in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und in Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Das Versicherungsverhältnis und der Versicherungsschutz bleiben auch dann bestehen, wenn die **versicherte Person** ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen der Mitgliedsstaaten der EU oder des EWR verlegt.

Verlegt **der Versicherungsnehmer** seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der zur EU oder zum EWR zählt, besteht der Versicherungsschutz unverändert fort.

Ferner besteht Versicherungsschutz auch für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person in Staaten, die nicht zur EU und nicht zum EWR zählen.

Ergänzend zu § 1 Teil I Absatz 5 und § 15 Teil I Absatz 4 der AVB gilt:

- Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts oder
- bei einem vorübergehenden Aufenthalt von länger als drei Monaten oder
- bei Verlängerung eines vorübergehenden Aufenthalts über drei Monate hinaus

einer **versicherten Person** in Staaten, die nicht zur EU und nicht zum EWR zählen, endet das Versicherungsverhältnis sowie der Versicherungsschutz nach Tarif PIN für die betreffende versicherte Person, es sei denn, dass

hierüber eine anderweitige, individuelle Vereinbarung getroffen wird. Ein Anspruch auf eine solche Vereinbarung besteht nicht.

Ergänzend gilt:
- Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts oder
- bei einem vorübergehenden Aufenthalt von länger als drei Monaten oder
- bei Verlängerung eines vorübergehenden Aufenthalts über drei Monate hinaus

des Versicherungsnehmers in Staaten, die nicht zur EU und nicht zum EWR zählen, endet das Versicherungsverhältnis sowie der Versicherungsschutz nach Tarif PIN für alle versicherten Personen, es sei denn, dass hierüber eine anderweitige, individuelle Vereinbarung getroffen wird. Ein Anspruch auf eine solche Vereinbarung besteht nicht.

Ergänzend zu § 9 der AVB ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Absicht der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland oder innerhalb des Auslands ebenso wie den Antritt beziehungsweise die Verlängerung eines vorübergehenden Aufenthalts der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers über drei Monate hinaus unverzüglich in Textform anzuzeigen. Unterbleibt die Anzeige, gilt § 10 Teil I Absatz 1 Satz 1 der AVB entsprechend.

b) Beitragsbefreiung

Ab Ersten des Monats, für den der Versicherer ein Pflegetagegeld aus den Leistungsstufen PIN4 oder PIN5 gewährt, wird der Versicherungsnehmer von der Beitragszahlung für die betroffene pflegebedürftige versicherte Person in allen abgeschlossenen Leistungsstufen des Tarifs PIN befreit. Von der Beitragsbefreiung ausgenommen sind Zuschläge, die im Rahmen einer besonderen Vereinbarung aufgrund eines Auslandsaufenthaltes mit dem Versicherer erhoben werden.
Die Beitragsbefreiung bezieht sich nur auf Beiträge, die auf Zeiträume ab dem oben genannten Monatsersten entfallen. Sie gilt solange, wie ein Anspruch auf Zahlung eines Pflegetagegelds nach den Leistungsstufen PIN4 oder PIN5 besteht. Sie entfällt ab dem Ersten des Folgemonats, ab dem aus keiner der Leistungsstufen PIN4 oder PIN5 ein Pflegetagegeld gewährt wird.

c) Beitragsanpassung

Die Regelung des § 8b Teil II Absatz 2 der AVB findet für diesen Tarif keine Anwendung.

d) Sonstiges

Abweichend von § 8a Teil II Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 der AVB zahlen Jugendliche ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 18.

Abweichend von § 5 Teil I Absatz 1 f der AVB wird der Leistungsanspruch aus Tarif PIN während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen nicht unterbrochen.

Abweichend von § 6 Teil I Absatz 1 Sätze 2 und 3 sowie § 10 Teil I Absatz 1 Satz 2 der AVB werden die Leistungen bei verspäteter Anzeige von dem Zeitpunkt an erbracht, zu dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verzichtet der Versicherer in Abweichung von § 14 Teil I Absatz 2 der AVB neben dem Recht zur Vertragsanpassung auch auf sein Recht zur Kündigung, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

Ergänzend zu § 9 Teil I Absatz 1 Satz 2 der AVB ist nicht nur der Wegfall oder die Minderung der Pflegebedürftigkeit, sondern jede Änderung der Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5 dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Als Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB, die den Versicherer zur Anpassung der AVB an die veränderten Verhältnisse berechtigt, gilt insbesondere auch das Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändern, sowie Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), sofern sie den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen.

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022 und TB/GEPV 2014)

Teil I Musterbedingungen 2022 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/GEPV 2022)

Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2014)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Teil I

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Teil I Absatz 2 Nr. 6, 24 Teil I und 26 Teil I Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

Teil I

(1) Bei Abschluss des Vertrags hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 Teil I vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

Teil I

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Teil I Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflege-Pflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

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

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5 Teil I. Anstelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

Teil I

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

Teil II

Abweichend von Teil I Absatz 2 entfällt die Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

Teil I

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgelds des Pflegegrads 5.
Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Teil I Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ruht.
Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Teil I Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5 Teil I) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Teil I Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas Anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

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

Teil II

Ändert sich die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5, wird für den Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegetagegeld entsprechend Teil I Absatz 1 und 2 gezahlt.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

Teil I

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

Teil II

(1) Abweichend von Teil I Absatz 2 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

(2) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (z.B. Retourgebühren) geltend zu machen.

§ 10 Beitragsberechnung

Teil I

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

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

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

Teil II

Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

§ 11 Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, zum Beispiel aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.
Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Teil I Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

Teil I

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugutekommt. Dies kann in folgender Form geschehen:
a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
b) Anrechnung auf den Beitrag,
c) Erhöhung der Leistung oder
d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Teil I

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Teil I Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Teil I Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Teil I Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24 Teil I.

§ 14 Obliegenheiten

Teil I

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Teil I Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 Teil I genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 Teil I zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 Teil I beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 Teil I oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Teil I Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

Teil II

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Teil I Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Teil I Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2 b Teil I Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Teil I Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Teil I Absatz 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

Teil II

Ergänzend zu Teil I Absatz 1 können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen angepasst werden, wenn sich durch Inkrafttreten eines Gesetzes die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändern.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Teil I

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 Teil I wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Teil I Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

Teil I

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Teil I Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Teil I Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1 Teil I. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13 Teil I. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 Teil I findet keine Anwendung.

Teil II

(1) Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche.
Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 18.

(2) In Ergänzung zu Teil I Absatz 4 Satz 2 gilt: Sofern der Beitrag unter 15 Euro monatlich liegt, erfolgt zum Ersten des Monats, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, die Umstellung auf einen entsprechend erhöhten Tagessatz, um den Mindestbeitrag von 15 Euro und somit die Förderfähigkeit bereits für diesen Monat zu erreichen. Der Umstellung zum Ersten des Monats kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall erfolgt die Umstellung mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 25 Mehrfachversicherung

Teil I

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrags verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrags und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrags und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

Teil I

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 Teil I bis 25 Teil I, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Teil I Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Teil I Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Teil I Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Teil I Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Teil I Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 Teil I werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 Teil I angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

Teil I

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung 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 (§ 7 Teil I Absatz 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

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

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten 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 Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 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.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. 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 § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1

(zu § 15 SGB XI)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 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 Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	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	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (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 Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen 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 unter dreimal 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 Ausprägungen 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	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2

(zu § 15 SGB XI)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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- und 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		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	
8 Haushaltführung		s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	s. Anmerkung	

Anmerkung: 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.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß den §§ 18 bis 18c folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,

7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Soweit das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen

angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/GEPV 2022 und TB/GEPV 2014

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung für den nachfolgenden Tarif setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2022 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/GEPV 2022), Teil II (den Tarifbedingungen TB/GEPV 2014) sowie Teil III (der Tarifbeschreibung).

Tarif PF:
Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I (Musterbedingungen MB/GEPV 2022) und Teil II (Tarifbedingungen).

Leistungen

Der Tarif bietet Versicherungsschutz im Rahmen einer geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Form eines Pflegetagegelds.

1. Das Pflegetagegeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5 mindestens 20 Euro. Der versicherte Tagessatz ergibt sich aus dem Versicherungsschein. Wird der für die Erlangung der Pflegevorsorgezulage erforderliche monatliche Gesamtbeitrag in Höhe von 15 Euro (vgl. § 9 Teil I Absatz 1 der AVB) mit dem Mindesttagessatz von 20 Euro nicht erreicht, setzt der Versicherer ein mit einem monatlichen Beitrag von 15 Euro gedecktes entsprechend höheres Pflegetagegeld an; dies gilt nicht für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres (vgl. § 24 Teil I Absatz 3 der AVB).

   Hinweis: Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr besteht kein Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.

2. Das Pflegetagegeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach
   - Pflegegrad 1 10 Prozent
   - Pflegegrad 2 20 Prozent
   - Pflegegrad 3 30 Prozent
   - Pflegegrad 4 40 Prozent
   - Pflegegrad 5 100 Prozent

   des vertraglich vereinbarten Pflegetagegelds für Pflegegrad 5.

   Gemäß § 6 Teil I Absatz 3 müssen von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit dem Versicherer angezeigt werden.

3. Das Pflegetagegeld wird in der vereinbarten Höhe für jeden Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage – in 30 Tagessätzen gezahlt.

Leistungsanpassung

Alle drei Jahre – gerechnet ab dem Jahr 2014 – passt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld für Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5 entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten an. Die jeweiligen Tagessätze für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 berechnen sich gemäß Ziffer 2.

Zur Berechnung des Anpassungssatzes wird der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“ herangezogen. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsraten. Der Anpassungssatz des Pflegetagegelds ist auf maximal 10 Prozent begrenzt. Das hinzukommende Pflegetagegeld wird mithilfe des derart bestimmten Anpassungssatzes berechnet und auf 0,01 Euro gerundet. Die Leistungsanpassung findet nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif PF bestand und sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben.

Die Höherstufung wird ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit vorgenommen. Ein zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung noch nicht abgelaufener Teil der Wartezeit gemäß § 5 der AVB gilt auch für den hinzukommenden Teil des Pflegetagegelds. Die für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif PF vereinbarten besonderen Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung. Das hinzukommende Pflegetagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter (Unterschied zwischen Jahr der Geburt und dem Jahr der Leistungsanpassung) der versicherten Person berechnet.

Die Erhöhung des Beitrags und des versicherten Pflegetagegelds sowie das Wirksamkeitsdatum der Erhöhung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamkeitsdatum schriftlich mitgeteilt. Die Leistungsanpassung gilt

als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach dem Wirksamkeitsdatum in Textform abgelehnt hat. Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Erläuterungen zum Versicherungsschutz Unisex

nach den Vollkosten- und Beihilfetarifen der Tariflinien Komfort- oder PremiumKlasse sowie nach Tarif 25 (Krankenversicherung für Beamte in Ausbildung)

KomfortKlasse: Tarif K mit den Selbstbehaltstufen K0 bis K1500
PremiumKlasse: Tarife 200–209, 210, 2110, 211–217, 21P70–21P90, 220, 2210, 221–227, 230, 2310, 231–237, 240, 2410, 241–247, 520, 5210, 521–529 und 540, 5410, 541–549 sowie Beihilfetarife 261–262 und 2710, 271–277

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

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

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

In der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 werden ärztliche Behandlungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich bei einer wirksamen Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus erstattet.

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

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

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

3. Welche Aufwendungen werden bei Heilpraktikerbehandlungen erstattet?

Leistungen für Heilpraktikerbehandlung werden in beiden Tariflinien sowie im Tarif 25 erbracht. Die Versicherten können frei unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes wählen. Die ARAG erstattet auch unbezahlte Rechnungen. In der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 werden Behandlungen dabei bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet sowie die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

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

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

4. Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

In den Tarifen der **KomfortKlasse** werden alle ambulanten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen gezahlt.
Darüber hinaus sind einige Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die über den Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen; diese Maßnahmen sind im tariflichen Verzeichnis aufgeführt. Alle diese Vorsorgeuntersuchungen belasten ferner nicht den tariflichen Selbstbehalt des Tarifs K und sind unschädlich für den Anspruch auf die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen, sofern die Kosten – wie im tariflichen Verzeichnis beschrieben – im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstanden sind.

In den Tarifen der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 wird für jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten geleistet, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

Im Zahnbereich werden darüber hinaus – unabhängig von obiger Darstellung – in beiden Tariflinien sowie im Tarif 25 eigene Prophylaxemaßnahmen erstattet, wie in § 4 Absatz 4 Teil II 1. b) der AVB beschrieben; so leistet die ARAG beispielsweise auch für die professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen.

5. Welche Leistungen werden für Schutzimpfungen erbracht?

Für Schutzimpfungen wird in beiden Tariflinien sowie im Tarif 25 geleistet. In der **KomfortKlasse** werden (bei Beachtung des Primärarztprinzips) 100 Prozent der Aufwendungen einschließlich des Impfstoffs erstattet; ausgenommen sind hierbei Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen. In der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 fallen sämtliche Impfungen einschließlich des Impfstoffs mit bis zu 100 Prozent (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) unter den Versicherungsschutz – einschließlich Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

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

6. Welche Regelungen gelten für die Erstattung von Heilmitteln?

Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen, wie zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen oder Fangopackungen, sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, etwa nach einem schweren Unfall oder bei Entwicklungsstörungen bei Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung, insbesondere bei Kindern oder bei Schlaganfallpatienten). Diese Maßnahmen sind in beiden Tariflinien der ARAG sowie im Tarif 25 versichert.

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

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

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

Wie im Bedingungstext gemäß § 4 Teil II Absatz (2) 5. beschrieben, sind dabei die Kosten für sämtliche Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn diese die körperliche Behinderung ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind.
Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt.

Es gibt allerdings eine Vielzahl von Hilfsmitteln in unterschiedlichen Ausführungen. So dient die vorherige Überprüfung des Bezugs kostenintensiver Hilfsmittel durch die ARAG Krankenversicherung auch der Sicherheit des Kunden, denn sollte ein Hilfsmittel in der gewünschten Ausführung nicht akzeptiert werden können, kann unter Umständen eine Alternative benannt werden. Zudem ermöglicht die vorherige Überprüfung, dass Hilfsmittel gegebenenfalls kostengünstiger über den Versicherer bezogen werden können oder mit dem Kunden anstelle eines Kaufs die Miete eines Hilfsmittels vereinbart wird. Diese Mitbestimmung bei der Versorgungsform wirkt sich somit allgemein kostendämpfend und auch beitragsstabilisierend aus.

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

8. Wie ist die Erstattung von Sehhilfen geregelt?

In der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 werden die Kosten für Brillengläser bis zu 100 Prozent (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) erstattet, auch für hochwertige Gleitsichtbrillen, für entspiegelte, getönte oder Colormatic-Gläser, bei bestimmten Augenkrankheiten auch Blendschutzgläser.

Die Brillenfassung ist bis zu 105 Euro erstattungsfähig. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Dioptrienzahl um mindestens 0,5 verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei separat betrachtet.
Kontaktlinsen (harte und weiche) fallen mit bis zu 100 Prozent (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) ebenfalls in den Versicherungsschutz. Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen sind nicht erstattungsfähig.
Vergleiche hierzu auch § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 5 b) der AVB.

Die Tarife der **KomfortKlasse** sehen dagegen eine Erstattung für Sehhilfen von 100 Prozent bis zu 150 Euro vor. Ein erneuter Anspruch entsteht danach frühestens nach Ablauf von 36 Monaten ab Bezug.
Wurde der Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft (beispielsweise nach der Erstattung von sogenannten „Wegwerfkontaktlinsen"), werden die Leistungen dabei kumuliert: Es können damit weitere Rechnungen eingereicht werden[1], bis der Höchsterstattungsbetrag von 150 Euro ausgeschöpft ist. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht dann nach Ablauf von 36 Monaten, gerechnet ab dem Bezugsdatum von derjenigen Rechnung, mit welcher der Höchsterstattungsbetrag von 150 Euro erreicht wurde. Falls der Höchstbetrag von 150 Euro bei der Kumulation nicht erreicht wurde, stehen nach Ablauf von 36 Monaten seit dem letzten Bezug ebenfalls auf alle Fälle wieder volle 150 Euro zur Verfügung.

9. Wie werden ambulante Krankentransporte erstattet?

Nach den AVB (§ 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 6) erstattet die ARAG Krankenfahrten und -transporte (also auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung hierüber vorzulegen.

Bei eindeutigen Krankheitsbildern, auch bei Unfällen oder medizinischen Notfällen verzichtet die ARAG schon aus pragmatischen Gründen auf die ärztliche Bescheinigung. Insbesondere bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden.

10. Wie ist die Erstattung von Anschlussheilbehandlungen geregelt?

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

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

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

Für eine vom Krankenhausarzt veranlasste medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung, die im Anschluss an eine leistungspflichtige Krankenhausbehandlung erfolgt und die oben beschriebenen Anforderungen erfüllt, werden die tariflichen Leistungen für stationäre Heilbehandlung von der ARAG Krankenversicherung gewährt. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der Anschlussheilbehandlung gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall besteht kein darüber hinausgehender Leistungsanspruch gegenüber der ARAG.

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

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

Krankenanstalten gemäß § 4 Teil I Absatz 5 Satz 1 der AVB werden auch als „gemischte Anstalten" bezeichnet (siehe Frage zu „Anschlussheilbehandlungen"). Es handelt sich um Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten auf-

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

nehmen. Für medizinisch notwendige Behandlungen in solchen Krankenanstalten sind private Krankenversicherer nur leistungspflichtig, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
Der Ausschluss der Behandlung in diesen „gemischten Anstalten" (ohne vorherige Zusage) hat den Zweck, den Versicherer von der nachträglichen Überprüfung zu befreien, ob während des Aufenthalts in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder – wenn auch nur teilweise – eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat. Für Patienten ist eine solche „gemischte Anstalt" allerdings nicht immer unmittelbar zu erkennen.

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

12. In welchem Umfang sind stationäre Psychiatrie und Psychotherapie versichert?

Die Kosten für stationäre Psychotherapie oder stationäre Psychiatrie werden in beiden Tariflinien sowie im Tarif 25 vom Versicherungsschutz ebenso erfasst wie die Behandlung somatischer (körperlicher) Krankheitsbilder. Aufwendungen für diese wichtige Komponente des tariflichen Leistungsumfangs fallen damit in den Versicherungsschutz, soweit es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder wegen Unfallfolgen handelt. Eine Begrenzung der Therapiestunden besteht hierbei nicht; auch ist keine vorherige Genehmigung durch den Versicherer notwendig.
Bei einer eventuellen Behandlung in einer gemischten Krankenanstalt (siehe eigene Frage in diesen Erläuterungen) sind die dort beschriebenen Hinweise zu beachten.

13. Welche Begrenzung besteht bei Arzthonoraren im Ausland?

Im Ausland praktizierende Ärzte sind bei ihrer Liquidation nicht an die deutschen Gebührenordnungen gebunden. Das Honorar wird von der ARAG akzeptiert, wenn es dem im jeweiligen Aufenthaltsland üblichen Preis entspricht. Als üblich gilt im Zweifel der Preis, der am betreffenden Ort für gleiche oder ähnliche Leistungen verlangt wird. Es wird insoweit nicht auf deutsches Gebührenrecht abgestellt.

14. Welcher Versicherungsschutz besteht bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?

Nach den AVB (§ 1) besteht für die ersten drei Monate auch ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz; muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Sind vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten bis zu längstens fünf Jahren geplant, ist Versicherungsschutz gegen einen ab dem vierten Monat zu entrichtenden Beitragszuschlag möglich (eine darüber hinausgehende Fortsetzung des Versicherungsschutzes kann mit dem Versicherer je nach Fall vereinbart werden). Ein Antrag in Textform ist hierzu spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise zu stellen.

Ferner kann für längere Auslandsaufenthalte unter bestimmten Bedingungen (insbesondere unter Berücksichtigung der Dauer des Auslandsaufenthalts) eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden; der Versicherungsschutz wird dabei unterbrochen, es ist nur der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung zu zahlen.

15. Was ist bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland zu beachten?

Bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in die Schweiz setzt sich das Versicherungsverhältnis – wie in den AVB (§ 1) beschrieben – fort; die tarifliche Erstattungspflicht ist dabei begrenzt auf die Leistungen, die bei einer entsprechenden Behandlung im Inland angefallen wären. Ein Beitragszuschlag wird hierfür nicht erhoben. Da das deutsche Gesundheitssystem mit das teuerste und aufwändigste innerhalb der EU ist, wird sich die ARAG bei einer Verlegung des Aufenthalts innerhalb der EU nicht auf das Kürzungsrecht auf das inländische Kostenniveau berufen.
Alternativ kann das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

Bei einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die im vorangehenden Absatz genannten endet das Versicherungsverhältnis (§ 15 der AVB); die ARAG benötigt hierfür eine entsprechende Erklärung des Versicherungsnehmers in Textform und eine Kopie der amtlichen Abmeldebescheinigung.

16. Wird auch für Auslandsrücktransporte geleistet?

Auslandsrücktransporte sind ein sehr wichtiger Leistungsbestandteil eines privaten Krankenversicherungsschutzes. Die ARAG leistet für medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Auslandsrücktransporte, auch Rettungsflüge,

im Rahmen des stationären Leistungsbereichs in beiden Tariflinien sowie im Tarif 25 ohne betragsmäßige Beschränkung (§ 4 Teil II Absatz 3 Ziff. 10. der AVB). Dies gilt für alle Auslandsaufenthalte gemäß der tariflich jeweils festgelegten Aufenthaltsdauer.

17. Kann der Versicherungsschutz bei Bedarf flexibel durch ein Optionsrecht erhöht werden?

Die ARAG Krankenversicherung bietet Möglichkeiten zur Anpassung des Versicherungsschutzes an den persönlichen, wechselnden Bedarf und die Zahlungsfähigkeit des Kunden.

In den Tarifen der **KomfortKlasse** haben Versicherte über tariflich verankerte Optionsrechte das Recht, zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in höherwertige Kostentarife zu wechseln.
Über den Tarif **FlexiPro** bestehen weitere Optionsrechte auf Tarife der Vollversicherung.

Daneben besteht in der **Komfort-** und **PremiumKlasse** die Möglichkeit, innerhalb der jeweiligen Tariflinie in einen Tarif mit höherer oder niedrigerer Selbstbeteiligung zu wechseln – ohne erneute Risikoprüfung, lediglich mit neuen Wartezeiten für die Mehrleistungen im Falle einer Reduzierung der Selbstbeteiligung (siehe Frage Nr. 18). In den Beihilfetarifen kommt diese Regelung nicht zum Tragen, da hier grundsätzlich nur eine Stufe – ohne Selbstbehalt – zur Verfügung steht.

18. Kann der Selbstbehalt verändert werden?

In den beiden Tariflinien **PremiumKlasse** und **KomfortKlasse** können Versicherte ihren Beitrag durch Erhöhung eines Selbstbehalts reduzieren (vergleiche § 1 Teil II Absatz 6 der AVB).

In den Tarifen der **PremiumKlasse** wirkt die Selbstbeteiligung dabei ausschließlich auf den ambulanten Leistungsbereich (bei den Tarifen 21P70 bis 21P90 mit der Besonderheit eines prozentualen, absolut gedeckelten Selbstbehalts).

In der **KomfortKlasse** fällt der Selbstbehalt bei allen tariflichen Leistungen an; der Selbstbehalt wird durch die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen jedoch nicht belastet. Für Kinder und Jugendliche gelten hier nur die halben Selbstbehalte der Erwachsenen.

Durch Inanspruchnahme einer Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen (Tarif K) oder einer in beiden Tariflinien möglichen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung können Versicherte bei entsprechender Leistungsfreiheit ihren effektiv bezahlten Beitrag noch weiter reduzieren.

Als Besonderheit ist bei der ARAG der flexible Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen – jeweils innerhalb der einzelnen Tarife der **PremiumKlasse** oder der **KomfortKlasse** – ohne erneute Risikoprüfung möglich; durch die Umstufung ergeben sich damit keine neuen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse. Im Fall einer Reduzierung (oder des Wegfalls) des vorherigen Selbstbehalts gelten lediglich die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu. In den Beihilfetarifen kommt diese Regelung nicht zum Tragen, da hier grundsätzlich nur eine Stufe – ohne Selbstbehalt – zur Verfügung steht.
Mit der Regelung soll unseren Versicherten lebensphasengerechte Anpassung des Versicherungsschutzes ermöglicht werden. Ein Wechsel von einer Tariflinie in die andere mit einer erneuten Risikoprüfung ist selbstverständlich ebenfalls jederzeit möglich (bzw. ohne Risikoprüfung unter Inanspruchnahme des Optionsrechts der Tarife K oder FlexiPro bei Vorliegen der dort beschriebenen Voraussetzungen).

19. Besteht während einer Elternzeit die Möglichkeit, Beiträge einzusparen?

Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz (zum Beispiel Wechsel vom Einbettzimmer zu einem Mehrbettzimmer) kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Mit dieser Serviceleistung können wir Versicherten entgegenkommen, die in dieser Zeit eventuell über ein geringeres Einkommen verfügen.

Die Reduzierung des Versicherungsschutzes ist dabei nicht an den Beginn der Elternzeit gebunden, sondern kann auch zu einem späteren Termin während der Elternzeit vereinbart werden. Allerdings ist der Termin der Anhebung des Versicherungsschutzes festgelegt auf das Ende der Elternzeit.

Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten ist spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zum Ersten des Monats zu beantragen, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

Vergleiche hierzu auch § 1 Teil II Absatz 7 der AVB.

20. Unter welchen Voraussetzungen werden Implantate erstattet?

In den Tarifen der **KomfortKlasse** sind bedingungsgemäß Aufwendungen für eine Implantatversorgung nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht.
Dieser Hinweis im Tarif ist so zu verstehen, dass für eine Implantatversorgung Versicherungsschutz besteht, wenn die beiden angrenzenden Zähne gesund sind. In solchen Fällen ist eine Versorgung mit einem Implantat medizinischer Standard. Ist zumindest einer der angrenzenden Zähne überkront oder so stark geschädigt, dass eine Überkronung medizinisch sinnvoll ist, ist eine Implantatversorgung dagegen nicht versichert.

In den Tarifen der **PremiumKlasse** sowie im Tarif 25 besteht diese Einschränkung nicht.

21. Wie werden Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen erstattet?

Digitale Gesundheitsanwendungen, oft als „App auf Rezept" bezeichnet und gerne als „DiGA" abgekürzt, sind Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, die im Wesentlichen auf digitalen Technologien basieren. Sie unterliegen dem Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes und sind als Medizinprodukte mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert. Man könnte sie als digitale Helfer in der Hand von Patientinnen und Patienten bezeichnen. Hierzu gehören browserbasierte Anwendungen sowie Programme und Apps für Smartphones und Tablets.
Die Anwendungen sollen etwa helfen, Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen zu erkennen, zu verhindern, zu behandeln oder zu überwachen; andere, um Empfängnis zu regeln, Medikamente zu dosieren oder grundsätzlich Daten und Informationen zu verarbeiten und so eine Therapie zu unterstützen.

Nach Verordnung durch einen Arzt oder Psychotherapeuten sind digitale Gesundheitsanwendungen als ambulante Leistungen aus den Tarifen der **PremiumKlasse** sowie dem Tarif 25 voll erstattungsfähig, aus den Tarifen der **KomfortKlasse** zu 80 Prozent; im Stationärbereich erfolgen Erstattungen mit dem vollen tariflichen Satz, im Zahnbereich mit demselben Erstattungssatz, wie die zugrundeliegende Behandlung (Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie). Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen, die durch den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen entstehen (z.B. Anschaffungskosten für Smartphone oder PC; Unterhalts- und Betriebskosten wie etwa Internetanschluss, Stromkosten und Batterien).

Voraussetzung ist jeweils, dass die DiGA im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet ist (vgl. § 139e SGB V) und bei der versicherten Person eine der dort genannten medizinischen Indikationen vorliegt. Um in dieses Verzeichnis aufgenommen zu werden, müssen die Hersteller dem BfArM u.a. patientenrelevante positive Versorgungseffekte ihres Produkts nachweisen. Ausgeschlossen sind damit etwa Anwendungen, die lediglich dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind.

Durch die ARAG erstattet werden kann grundsätzlich der Preis, den auch die GKV erstattet hätte; dieser ist im Verzeichnis des BfArM aufgeführt. Weitere DiGAs oder eine Erstattung auch bei einer nicht im Verzeichnis aufgeführten Diagnose sind möglich, wenn eine Vereinbarung des Anbieters der DiGA mit dem PKV-Verband oder der ARAG besteht, bis zur darin vereinbarten Preishöhe.

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrags 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 Zusatztarifs 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 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.