

Ihr persönlicher Tarifvorschlag der HALLESCHE für eine private Krankenversicherung

vielen Dank für Ihr Interesse an einer privaten Krankenversicherung bei der HALLESCHE. Sie möchten Ihre Gesundheit heute und in Zukunft in guten Händen wissen und im Krankheitsfall **optimal versorgt** sein? Die HALLESCHE ist für Sie ein zuverlässiger und starker Partner.

Individuell, vielfältig und leistungsstark – die HALLESCHE bietet Ihnen Krankenversicherungsschutz nach Maß. Treffen Sie Ihre Wahl aus dem umfangreichen Leistungsangebot und entscheiden Sie sich immer für ein **erstklassiges Preis-Leistungs-Verhältnis**. Dies bestätigen Ihnen auch die zahlreichen Tests und Versicherungsvergleiche, bei denen die HALLESCHE regelmäßig Spitzenplätze belegt.

Im Folgenden erfahren Sie, wie Ihr persönlicher Versicherungsschutz bei der HALLESCHE aussehen kann. Sprechen Sie mit uns – wir beraten Sie gerne.

Mit freundlichen Grüßen

Das besondere Plus: Als erster deutscher Krankenversicherer wurde die HALLESCHE zum 12. Mal in Folge von der Rating-Agentur ASSEKURATA mit der Note A+ »**Sehr Gut**« ausgezeichnet.

Tarifvorschlag für eine private Krankenversicherung bei der HALLESCHE

Für Frau Katja Beamtin, geboren am 01.01.1981

Ihr möglicher Versicherungs-Schutz zum 01.03.2011

Beihilfeversicherung mit 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen	CA30/120,CZ30/120,CSR30/120	218,41 €
Beihilfeergänzung mit 50% Kostenerstattung	BEa 50	8,81 €
Stationäre Wahlleistungen mit 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen	CG 320, CG 230	13,81 €
zuzüglich gesetzlicher Zuschlag		15,50 €
Kurzfristige Auslandsreise-KV	URZ	1,00 €
Pflege-Pflichtversicherung	PVB	11,08 €
Krankenhaustagegeld	KH 20,-€/Tag	5,20 €
Monatlicher Gesamtbeitrag		273,81 €
Steuerabzugsfähiger Beitragsanteil		<u>225,10 €</u>
Steuervorteil bei einem Grenzsteuersatz von z.B. 42%		94,54 €
Monatlicher Beitrag nach Steuerentlastung*		179,27 €

*Bitte berücksichtigen Sie, dass dies eine unverbindliche Beispielrechnung ist und im Einzelfall weitere Teile des Krankenversicherungsbeitrages sowie sonstige Vorsorgeaufwendungen steuerlich abzugsfähig sein können. Ihr tatsächlicher monatlicher Beitragsvorteil ist zudem von Ihrem individuellen Steuersatz und von Ihrer familiären Situation abhängig.

Beitragsrückerstattung

Die HALLESCHE belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten: Nehmen Sie in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch, belohnen wir Sie mit einer Beitragsrückerstattung (BRE) von bis zu **3 Monatsbeiträgen bzw. 569,55 €**.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Wilfried Schöler
Landstr. 92-94
69502 Hemsbach
06201 / 84 62 50
info@beamtenversicherungsexperte.de
www.beamtenversicherungsexperte.de

Ihr Versicherungs-Schutz im Überblick.

Tarif CA30/120,CZ30/120,CSR30/120

Im Krankenhaus:

Allgemeine Krankenhausleistungen	100%*	- Freie Wahl des Krankenhauses - ohne die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschriebene Zuzahlung.
Mehrbettzimmer	100%*	- Unterbringung im Mehrbettzimmer.
Belegarztbehandlung	100%*	- Behandlung durch den Belegarzt.
Krankentransporte	100%*	- Übernahme der Kosten bei Krankentransporten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus - ohne Kilometerbegrenzung.

Beim Zahnarzt:

Zahnbehandlung	100%*	- Keine Beschränkungen auf einfache Versorgungsformen, wie beispielsweise Amalgam.
Zahnersatz	100%*	- Zahntechnische Leistungen werden gemäß tariflichem Preis-Leistungs-Verzeichnis erstattet.
Kieferorthopädie	100%*	- Für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten für die ersten zehn Kalenderjahre Rechnungshöchstbeträge: im 1. und 2. Kalenderjahr 1.800 €; im 3. und 4. Kalenderjahr 2.600 €; im 5. und 6. Kalenderjahr 3.900 €; im 7. und 8. Kalenderjahr 5.200 €; im 9. und 10. Kalenderjahr 7.800 € (jeweils für 2 Jahre zusammen); unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr. Diese Höchstbeträge gelten nicht bei Unfall.
Rechnungshöchstbeträge in den ersten Jahren		

Beim Arzt:

Arztbehandlung	100%*	- Freie Arztwahl - auch in Kurorten.
Arznei- und Verbandmittel	100%*	- Arznei- und Verbandmittel ohne Rezeptgebühr und ohne Festbeträge.
Heilmittel	100%*	- Erstattung von Heilmitteln nach dem tariflichen Katalog.
Heilpraktiker	100%*	- Wahlfreiheit unter den zugelassenen Heilpraktikern. Erstattung der Leistungen für alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH '85) enthaltenen Behandlungsmethoden bis zum jeweiligen Höchstbetrag.
Hilfsmittel	100%*	- Erstattung von medizinischen Hilfsmitteln (ohne Luxusanteile) ohne Begrenzung auf einen engen Hilfsmittelkatalog.
Sehhilfen bis	100%*	- Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen, jedoch nicht in Luxusausführung. Derzeit sind dies 180 € für Brillengestelle, Gläser zu 100%, Kontaktlinsen 300 € - bei medizinischer Notwendigkeit zu 100%.
Notfalltransporte und Fahrten	100%*	- Notfalltransporte bis zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.
Vorsorgeuntersuchungen	100%*	- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten - unabhängig vom Alter und ohne Begrenzung auf die gesetzlichen Programme.
Schutzimpfungen	100%*	- Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis sowie Zeckenschutzimpfung. Außerdem Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen anlässlich einer Auslandsreise sowie Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Weitere Leistungen:

Rechnungserstattung über die Höchstsätze hinaus	100%*	- Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). In sachlich und rechtlich begründeten Fällen auch über die Höchstsätze hinaus.
Kur- und Sanatoriumsbehandlung:	100%*	- Leistungen bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen für ärztliche Leistungen, Medikamente und physikalische Maßnahmen (ohne Unterbringungskosten).
Arztbehandlung, Arznei- und Heilmittel		
Psychotherapie	100%*	- Psychotherapie ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung.

* Diese Angaben beziehen sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Daraus wird der versicherte Prozentsatz erstattet.

Tarif CG 320, CG 230

Im Krankenhaus:

Allgemeine Krankenhausleistungen	100%*	- Freie Wahl des Krankenhauses - ohne die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschriebene Zuzahlung.
Chefarztbehandlung	100%*	- Auf Wunsch Chefarztbehandlung; bei Nichtinanspruchnahme der Chefarztbehandlung Zahlung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe von 13 € pro Tag.
Zweibettzimmer	100%*	- Wahl der Unterbringung im Zwei- oder Mehrbettzimmer. Im Zweibettzimmer Erstattung eines angemessenen Unterbringungszuschlages. Bei Nichtinanspruchnahme der Unterbringung im Zweibettzimmer Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 10,40 € pro Tag.
Krankentransporte	100%*	- Übernahme der Kosten bei Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus - ohne Kilometerbegrenzung.

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen ergibt.

* Diese Angaben beziehen sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Daraus erfolgt die Erstattung des versicherten Prozentsatzes.

Tarif KH

Krankenhaustagegeld-Versicherung:

Krankenhaustagegeld ab dem ersten Tag im Krankenhaus Rooming-In bei versicherten Kindern	- Zahlung eines Krankenhaustagegeldes bei stationärer Behandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien. - Doppelte Leistung bei Begleitung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 8. Lebensjahr durch ein Elternteil.
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tarif PVB

Pflege-Pflichtversicherung:

Leistungen im Pflegefall für häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege	- Der Leistungsumfang entspricht dem der gesetzlich festgelegten Grundversorgung im Pflegefall.
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Tarif BEa 50

Im Krankenhaus:

Chefarztbehandlung	100%*	- Privatärztliche Behandlung oberhalb GOÄ/GOZ-Höchstsatz.
--------------------	-------	-----------------------------------------------------------

Beim Zahnarzt:

Zahnersatz	60%*	- Zahntechnische Material- und Laborkosten.
------------	------	---------------------------------------------

Beim Arzt:

Sehhilfen bis	100%*	- Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen bis 100 € alle 2 Jahre. Bei Dioptrienänderung ab 0,5 auch früher.
Heilpraktiker bis 1.000 € pro Jahr	100%*	- Bei vorhandener Sehhilfe erhöht sich der Beitrag um 0,85 €. - Wahlfreiheit unter den im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes zugelassenen Heilpraktikern. Erstattung der Leistungen für alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH '85) enthaltenen Behandlungsmethoden bis zu einem Rechnungsbetrag in Höhe von 1.000 €.

Weitere Leistungen:

Kurtagegeld	50 €*	- Kurtagegeld bei stationärer Kurbehandlung.
-------------	-------	----------------------------------------------

* Diese Angaben beziehen sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Daraus wird der versicherte Prozentsatz erstattet.

Tarif URZ

Bedarfsgerechte Absicherung im Ausland:

Versicherungsschutz für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen	- Versicherungsleistungen für Unfälle und akut eingetretene Krankheiten. - Ambulante und stationäre Heilbehandlungen, Zahnbehandlungen (schmerzstillend), Rücktransport, Überführung im Todesfall, Bestattungskosten im Ausland.
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Einmalig! Seit 1998 "Sehr gut" für die HALLESCHE

Die HALLESCHE wurde als einziger privater Krankenversicherer von der unabhängigen Rating-Agentur ASSEKURATA bereits zum 12. Mal in Folge mit dem Qualitätsurteil A+ "Sehr gut" ausgezeichnet. ASSEKURATA untersucht die fünf wichtigsten Kriterien aus Kundensicht, die Ihnen die Entscheidung für die HALLESCHE leicht machen:

- **"Exzellente" Unternehmenssicherheit.** Die HALLESCHE weist eine exzellente Sicherheitslage auf und verfügt über überdurchschnittliche Eigenmittel. Der Bestand der Kapitalanlagen ist als risikoarm einzustufen. Insbesondere in der aktuellen Kapitalmarktkrise erweist sich das Kapitalmanagement als zielführend.
- **"Sehr gute" Kundenorientierung.** ASSEKURATA bescheinigt der HALLESCHE eine sehr gute Kundenorientierung. Besonders hervorgehoben werden die schnelle Rechnungserstattung, das bedarfsgerecht gestaltete Produktangebot sowie die exzellenten Kundenbindungsmaßnahmen und die Kundenkommunikation.
- **"Sehr gute" Beitragsstabilität.** Die langfristige Beitragsstabilität wird von ASSEKURATA mit sehr gut bewertet. Besonders hervorgehoben werden außerdem die exzellente Risikoprüfung sowie die durchgehend exzellenten Kalkulationsgrundlagen.
- **"Sehr gute" Erfolgslage.** Die Gewinnlage der HALLESCHE ist insgesamt als sehr gut einzustufen. Die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote liegt weiterhin deutlich oberhalb des Marktniveaus. So weist die HALLESCHE eine außergewöhnlich gute Ergebnissituation auf.
- **"Sehr gutes" Wachstum.** Die HALLESCHE überzeugt durch ein sehr gutes Wachstumsergebnis. Die Zuwachsrate vollversicherter Personen ist seit Jahren überdurchschnittlich. Auch bei den Zusatzversicherungen gewinnt die HALLESCHE Kunden hinzu.



Für alle, die noch viel vorhaben.
Sichern Sie sich Top-Leistung zu Top-Konditionen.

Gute Gründe für eine Partnerschaft mit der HALLESCHE Krankenversicherung

- Optimales Preis-Leistungsverhältnis
- Umfassendes Gesundheitsmanagement
- Langfristige Beitragsstabilität
- Über 70 Jahre Erfahrung
- Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit bis zu 3 Monatsbeiträgen in der Kranken-Vollversicherung
- Für jede Lebenssituation die optimale Krankenversicherung
- Sichere Beiträge – auch im Alter
- Vorsorgeuntersuchungen ohne Altersbegrenzung
- Zahlreiche Auszeichnungen



Empfangsbestätigung

Vermittlernummer	Vermittlername
Datum des Antrags/der Anmeldung	Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Versicherungsnehmer/Hauptversicherter

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der folgenden Unterlagen vor meiner Vertragserklärung:

Produktinformationsblatt (Version 10.10)

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (VG 13 - 04.09)

Verbraucherinformation (VG 322 - 12.09)

Beitragsentwicklung für Tarif CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, BEa 50 (Version 10.10)

Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (PM 22 - 10.09)

Tarif CA (PM 69 - 09.10)

Tarif CZ (PM 71 - 09.10)

Tarif CSR (PM 70 - 09.10)

Tarif CG (PM 13 - 02.10)

Tarif BE (PM 87 - 02.10)

Tarif KH (PM 14 - 10.08)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (PM 38 - 02.10)

Die Tarif- und Beitragseinstufung in der Pflege-Pflichtversicherung (VG 86 - 11.10)

Hinweise zu den Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie in der Privaten Pflegepflichtversicherung (VG 87 - 01.08)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Zusatzversicherung nach Tarif URZ (PM 62 - 10.08)

Durchschlag des Antrags/der Anmeldung auf Krankenversicherung, ausgefüllt.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers/Hauptversicherten
-----------	---------------------------------------------------------

Produktinformationsblatt

In dieser Übersicht stellen wir Ihnen den Versicherungsvertrag kurz vor und geben Ihnen eine erste Orientierungshilfe über die wesentlichen Rechte und Pflichten aus Ihrem Vertrag.

Den genauen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte dem Tarif und den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen.

Welche Versicherungsart bieten wir Ihnen an?

Die HALLESCHE bietet Ihnen Versicherungsschutz im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung.

Ihr Versicherungsschutz

zu versichernde Person: Frau Katja Beamtin, geboren am 01.01.1981, Tarif(e): CA 120, CA 30, CZ 120, CZ 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, BEa 50, KH/20, URZ, PVB

Die für Sie relevanten Tarife finden Sie auf dem Antrag. Im Folgenden lesen Sie dazu die wesentlichen Leistungsmerkmale.

CA 120, CA 30:

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte: Leistungen u.a. für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Arzt, Heilpraktiker sowie für Psychotherapie und Kurbehandlung, im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes.

CZ 120, CZ 30:

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte: Leistungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Zahnarzt, im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes.

CSR 120, CSR 30:

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte: Leistungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung im Krankenhaus (allgemeine Krankenhausleistungen), im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes.

CG 320, CG 230:

Stationäre Ergänzung zu einer Krankheitskosten-Vollversicherung: Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus (für Beihilfeberechtigte im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes).

BEa 50:

Ergänzender Versicherungsschutz für Beihilfeberechtigte: Ergänzende Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung beim Heilpraktiker, für Sehhilfen, für Zahnersatz, im Krankenhaus und Kurtagegeld, im Rahmen des vereinbarten Prozentsatzes

PVB:

Pflege-Pflichtversicherung: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im gesetzlichen Leistungsumfang.

KH:

Krankenhaustagegeld-Versicherung: Tagegeld bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in vereinbarter Höhe.

URZ:

Auslands-Krankenversicherung: Urlaubs-Reiseschutz von bis zu 8 Wochen für die medizinisch notwendige und unvorhergesehene Heilbehandlung im Ausland beim Arzt, Zahnarzt und im Krankenhaus sowie ein medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland.

Bitte beachten Sie, dass sich der volle Umfang der einzelnen Leistungen aus dem jeweiligen Tarif und den dazugehörigen AVB unter „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ ergibt.

Beitrag für Ihren gewünschten Versicherungsschutz

Der monatliche Gesamtbeitrag für Ihren gewünschten Versicherungsschutz beträgt 273,81 €.

CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, PVB, BEa 50:

Bringen Sie einen Übertragungswert mit, hängt der letztendliche Beitrag Ihrer Krankheitskosten-Vollversicherung von dem Betrag ab, den Ihr vorheriger privater Krankenversicherer tatsächlich an uns überweist. Die endgültige Beitragshöhe auf dem Versicherungsschein kann daher abweichen.

Einen etwaigen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen, falls dieser nicht bereits vorstehend eingerechnet ist.

Der erste Beitrag ist spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zu zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) zum Ersten des jeweiligen Monats fällig.

Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen.

Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Einzelheiten zur Beitragszahlung finden Sie in den AVB im Kapitel „Beitragszahlung“.

CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, BEa 50:

Für die gewählten Tarife der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskosten-Vollversicherung und eine dazugehörige Krankentagegeldversicherung) fallen einmalig 1.566,72 € sowie laufend monatlich 19,72 € Abschluss- und Vertriebskosten an. Die Verwaltungskosten betragen laufend monatlich 10,85 €. Alle genannten Kosten werden nicht gesondert erhoben, sondern sind bereits in den Beiträgen enthalten.

Welche Leistungen sind nicht versichert?

Bestimmte Leistungen sind generell nicht im Versicherungsschutz enthalten.

So können beispielsweise keine Leistungen beansprucht werden, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Auch für die daraus resultierenden Folgen besteht kein Leistungsanspruch.

PVB:

In der Pflege-Pflichtversicherung entfällt zum Beispiel der Leistungsanspruch bei häuslicher Pflege ganz oder teilweise für die Zeit, in der Sie stationär in einem Krankenhaus behandelt werden, oder sich in einer stationären Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung befinden.

Genauere Informationen finden Sie in den Kapiteln „Umfang der Leistungspflicht“ und „Einschränkung der Leistungspflicht“ Ihrer AVB.

Was müssen Sie bei Vertragsschluss beachten?

Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben führen dazu, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen kann.

Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags.

Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Wenn sich in Ihrem Leben etwas ändert, passen wir Ihren Versicherungsschutz gerne an die neue Situation an – wenn wir es wissen. Während der Vertragslaufzeit sind Sie daher zur aktiven Mithilfe angehalten.

Sollten Sie beispielsweise den Abschluss einer weiteren Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen planen, informieren Sie uns bitte.

KH:

Dem Abschluss einer weiteren Krankenhaustagegeldversicherung muss der Versicherer zustimmen.

PVB:

Der Abschluss einer weiteren Pflege-Pflichtversicherung ist nicht zulässig.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder

vollständigen Leistungskürzung führen. Es kann sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen, sofern Sie mit diesem Versicherungsverhältnis nicht die Pflicht zur Versicherung erfüllen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“.

Was müssen Sie bei einem Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

Um Ihre Leistung zu erstatten, benötigen wir die Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen im Original. Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen.

Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. Bitte lesen Sie Näheres zu Ihren Pflichten in den AVB unter „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Ab wann haben Sie Versicherungsschutz?

Sie entscheiden sich in Ihrer Vertragserklärung (Antrag) für einen Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die Wartezeit ist je nach gewählter Versicherungsart unterschiedlich und kann unter bestimmten Voraussetzungen entfallen. Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Die genauen Regelungen lesen Sie in den AVB unter „Wartezeiten“ und/oder „Beginn des Versicherungsschutzes“.

Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?

Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer möglich.

CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, KH, BEa 50:
Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

URZ:

Eine einjährige Mindestvertragsdauer gilt in der Auslandskrankenversicherung.

PVB:

Eine einjährige Mindestvertragsdauer gilt in der Pflege-Pflichtversicherung.

Bei einer Änderung in einem bereits bestehenden Vertrag wird die bereits zurückgelegte Versicherungszeit auf die Mindestvertragsdauer in der Regel angerechnet.

In bestimmten Fällen, beispielsweise bei einer Beitragsanpassung, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Eine Kündigung bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHE zu richten. Bitte beachten Sie, dass eine Kündigung von Tarifen, mit denen Sie die Pflicht zur Versicherung erfüllen, voraussetzt, dass Sie bis zum Wirksamwerden der Kündigung eine entsprechende Versicherung bei einem anderen Krankenversicherer in unmittelbarem Anschluss nachweisen. Ansonsten ist die Kündigung unwirksam und der Versicherungsschutz besteht in diesem Umfang weiter.

Einzelheiten zur Kündigung und weitere Beendigungsgründe lesen Sie in den AVB unter „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“ und „Sonstige Beendigungsgründe“.

Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHE Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Verbraucherinformation

Ihr Vertragspartner – die HALLESCH

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCH Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCH Krankenversicherung a.G.
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Reinsburgstraße 10
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

Postanschrift

HALLESCH
70166 Stuttgart

Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,
E-Mail: service@hallesche.de, Internet: www.hallesche.de

Sicherungsfonds

Die HALLESCH gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln.

Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht«.

Die Versicherungsleistungen stehen Ihnen zu, sobald wir die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen haben. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf dem Antrag beziehungsweise auf dem Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsschein. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrem Versicherungsschein kann vom Antrag abweichen, wenn dieser beispielsweise auf dem Antrag falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCH vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrem Antrag vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig. Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Antragsstellung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihren Versicherungsschein erhalten.
2. Sie haben bei der HALLESCH eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Annahmeerklärung und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCH zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei der HALLESCH.

Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht zu dem im Antrag/Vertragsangebot genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht bevor der Versicherungsvertrag wirksam zustande gekommen ist und nicht vor Ablauf von in den AVB vorgesehenen Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein. Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, soweit vorgesehen, unter »Wartezeiten«.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCH Krankenversicherung a.G.
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
07 11/66 03-3 33

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif *plusU* und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie in den AVB unter »Sonstige Beendigungsgründe«, »Kündigung durch den Versicherungsnehmer«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsabschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHKE Krankenversicherung zu richten.

Vertragssprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter »Gerichtsstand«.

Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen. HALLESCHKE Service-Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-333, E-Mail: service@hallesche.de

Gelingt dies nicht, können Sie sich kostenfrei an den außergerichtlichen Streitschlichter, den Ombudsmann der privaten Krankenversicherung, wenden. Voraussetzung ist, dass bereits eine Stellungnahme des Krankenversicherers vorliegt und der Vorgang bislang weder an die Aufsichtsbehörde noch an ein Gericht weitergeleitet wurde. Die Postanschrift lautet: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

Zusatzinformation für die substitutive Krankenversicherung (Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung)

Krankheitskosten und Beitragsentwicklung

Das Qualitätsmerkmal »Preis-Leistungs-Verhältnis« wird bei uns durch eine hohe Beitragsstabilität unterstrichen. So fielen Beitragsanpassungen in den vergangenen Jahren im Marktvergleich moderat aus.

So moderat sie auch ausfallen: Beitragsanpassungen sind auf den ersten Blick nicht erfreulich. Und doch sind sie erforderlich, wenn man sich vor Augen hält, dass

- Deutschland eines der besten, aber auch eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt hat.
- der medizinische Fortschritt immer mehr ermöglicht, aber auch mehr kostet.
- sich mit diesem Fortschritt auch Ihr Versicherungsschutz erweitert.
- die Lebenserwartung – erfreulicherweise – immer weiter steigt.

Wir können die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht unmittelbar beeinflussen. Um aber die Auswirkungen auf Ihren Beitrag abzumildern, setzt die HALLESCHKE erhebliche finanzielle Mittel ein.

Möglichkeiten und Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter

Dank des Kapitaldeckungsverfahrens werden vom ersten Tag an Alterungsrückstellungen für die Versicherten gebildet. Diese werden für das Alter angelegt und ermöglichen Entlastungen des Beitrags. Darüber hinaus gibt es viele weitere Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter:

- Mit der modifizierten Beitrags-Zahlung *MBZflex* der HALLESCHKE können Sie in eigener Regie Ihren Beitrag im Alter für die Krankenversicherung senken. Das Prinzip ist einfach: Heute etwas mehr zahlen, dafür im Alter weniger.
- In der Vollversicherung wird zwischen dem 21. bis zum 60. Lebensjahr ein gesetzlich vorgeschriebener Zuschlag in Höhe von 10 % erhoben, der in die Alterungsrückstellungen fließt. Ab Alter 65 werden damit Beitragsanpassungen abgemildert.
- Die durch die Alterungsrückstellungen erzielten Zinsen werden den Versicherten gutgeschrieben (zusätzliche Zuschreibung) und tragen ebenso zur Abmilderung von Beitragsanpassungen bei.
- Das Krankentagegeld entfällt mit Ende der Berufstätigkeit. Dadurch sinkt die Beitragshöhe automatisch.
- Beim Rentenversicherungs-Träger kann ein Zuschuss zum Beitrag beantragt werden. Dieser beträgt die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV auf die gesetzliche Rente, maximal der Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.
- Sie können Ihren Beitrag auch über einen Tarifwechsel beispielsweise in eine höhere Selbstbehaltsstufe verringern.

Darüber hinaus bietet die HALLESCHKE den brancheneinheitlichen Basistarif an. Dieser Grundschutz ist auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag entspricht maximal dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag im Basistarif halbiert werden.

Die Entscheidung für den Basistarif sollte nur in bestimmten Ausnahmefällen getroffen werden. In den Basistarif können versicherte Personen dann wechseln, wenn der Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bei der HALLESCHKE ab dem 01.01.2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Personen unter 55 Jahren in den Basistarif wechseln, wenn sie z.B. eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder hilfebedürftig sind.

Daneben bietet die HALLESCHKE für vor dem 01.01.2009 abgeschlossene Verträge weiterhin den brancheneinheitlichen Standardtarif an. Der Beitrag ist begrenzt auf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die versicherten Personen können u. a. dann in den Standardtarif wechseln, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einer substitutiven Krankenversicherung verfügen.

Wechselmöglichkeiten in die GKV

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist begrenzt möglich, bspw. bei Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder bei Eintritt von Arbeitslosigkeit. Ab dem 55. Lebensjahr ist der Wechsel in der Regel ausgeschlossen.

Wechselmöglichkeit zu einer anderen privaten Krankenversicherung

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann besonders im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein. Gegebenfalls ist ein Wechsel auf den Basistarif beschränkt.

Die Abschlusskosten Ihres Versicherungsvertrags

Für die substitutive Krankenversicherung (Krankheitskosten-Vollversicherung und ggf. eine dazu vereinbarte Krankentagegeldversicherung) finden Sie Informationen zu den Abschlusskosten sowie den übrigen in die Prämie einkalkulierten Kosten auf dem beiliegenden Produktinformationsblatt. Darüber hinaus entstehen für Sie keine sonstigen Kosten.

Prämienzuschlag für Nichtversicherte

Seit 1. Januar 2009 muss jede Person mit Wohnsitz in Deutschland krankenversichert sein. Wird diese Pflicht nicht erfüllt, ist für die Zeit der Nichtversicherung zusätzlich zum Beitrag ein einmaliger Zuschlag zu entrichten. Bitte lesen Sie die Einzelheiten in den AVB unter »Beitragszahlung«. Die Höhe des etwaigen Prämienzuschlags teilen wir Ihnen gesondert mit.

Beitragsentwicklung

Für die substitutive Krankenversicherung (Krankheitskosten-Vollversicherung und ggf. eine dazu vereinbarte Krankentagegeldversicherung) finden Sie die Beitragsentwicklung auf dem beiliegenden Informationsblatt.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Altersrückstellung 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 Altersrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag bzw. in Ihrer Versicherungsbroschüre eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung bzw. bei Anmeldung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtenbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag/in der Anmeldung bzw. in der Angebotsanforderung und in der Annahmeerklärung/Anmeldung auch eine Schweigepflichtenbindungsklausel enthalten. Ansonsten wird im Rahmen des Versicherungsfalles bzw. der Leistungsprüfung eine Entbindung von der Schweigepflicht eingeholt.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag/in der Anmeldung bzw. in der Angebotsanforderung und in der Annahmeerklärung/Anmeldung (Antrags-/Anmeldedaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Versicherungsnummer), Tarifdaten, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungs- bzw. Leistungsfall speichern wir Ihre Angaben aus den eingereichten Rechnungen bzw. Kostenbelegen und ggf. Angaben von Dritten wie z. B. Arztauskünfte (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in bestimmten Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung/Anmeldung, Angebotsanforderung und Annahmeerklärung/Anmeldung jeder Vertragsänderung und im Leistungs- bzw. Krankheitsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Leistungsabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. Angaben zur Erkrankung, frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte) und Angaben zu anderweitigen Ansprüchen. Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Leistungsfall zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schadens- bzw. Versicherungsfall wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags/einer Anmeldung bzw. einer Angebotsanforderung und der Annahmeerklärung/Anmeldung oder eines Schadens- bzw. Versicherungsfalles kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) und beim PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb des Konzerns

Einzelne Versicherungssparten (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz und mögliche Kapitalanlagegeschäfte anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig im Unternehmensverbund bzw. im Konzern zusammen.

Für die Daten speichernden Unternehmen bietet es sich an, z.B. Inkassodaten zentralisiert zu verarbeiten. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen des Verbundes bzw. des Konzerns abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Anmelde-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind so genannte Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen des Konzerns abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Anmelde-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen des Konzerns abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Sparten-spezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- und Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter abschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Dem ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern gehören z. Zt. folgende Unternehmen an:

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a. G.
- HALLESCHER Krankenversicherung a. G.
- ALTE LEIPZIGER Holding Aktiengesellschaft
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- RECHTSSCHUTZ UNION Schaden GmbH
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebotes unseres Konzerns werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Anmelde-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen ggf. Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen können an den zuständigen Vermittler ggf. auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlers oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

(aus DS 5 – 06.09)

Beitragsentwicklung für Tarif CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, BEa 50

zu versichernde Person: Frau Katja Beamtin, geboren am 01.01.1981

Erstklassige Leistungen und preiswerte Beiträge machen die Qualität des HALLESCHE Krankenversicherungsschutzes aus. Mit dem medizinischen Fortschritt und entsprechenden Innovationen erweitert sich der private Krankenversicherungsschutz stetig – und gewinnt damit an Wert. Mit großem Engagement sorgen wir für eine im Marktvergleich günstige Beitragsentwicklung. Die unabhängige Ratingagentur Assekurata bewertet die Beitragsstabilität der HALLESCHE seit Jahren mit „sehr gut“.

Die Übersicht zeigt beispielhaft die Beitragsentwicklung in Euro für eine/n Versicherte/n, die/der sich mit 35 Jahren für die HALLESCHE entschieden hat und seit 10 Jahren bzw. seit Einführung des gewünschten Versicherungsschutzes bei uns versichert ist.

CA 120, CA 30, CZ 120, CZ 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, BEa 50:

Gewünschter Versicherungsschutz: CA 120, CA 30, CSR 120, CSR 30, CG 320, CG 230, CZ 120, CZ 30, BEa 50		
Jahr	2010	2011
Summe	272,40	272,40

CA 120, CZ 120, CSR 120:

Die Tarifstufen CA 120, CZ 120 und CSR 120 wurden im Jahr 2010 eingeführt. Im Folgenden ist die Beitragsentwicklung in Euro eines vergleichbaren Versicherungsschutzes für eine/n Versicherte/n dargestellt, die/der sich darin im Alter von 35 Jahren vor 10 Jahren bei uns versichert hat.

CG 320:

Tarif CG 320 wurde im Jahr 2010 eingeführt. Im Folgenden ist die Beitragsentwicklung in Euro eines vergleichbaren Versicherungsschutzes für eine/n Versicherte/n dargestellt, die/der sich darin im Alter von 35 Jahren vor 10 Jahren versichert hat.

BEa 50:

Tarif BE wurde im Jahr 2010 eingeführt.

Vergleichbarer Versicherungsschutz: CAB 120, CA 30, CSB 120, CSR 30, CWB 120, CG 230, CZB 320, CZ 30												
Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Summe	217,78	226,38	242,43	250,68	253,28	253,81	253,81	251,61	251,61	266,56	266,56	

Wird für diesen Tarif/diese Tarife ein gesetzlicher Zuschlag von 10% erhoben, der zur Entlastung der Beiträge im Alter dient, ist dieser in der Entwicklung enthalten.

Bitte beachten Sie: Aus dieser Darstellung lassen sich keine Rückschlüsse auf eine zukünftige Beitragsentwicklung ziehen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Fassung Januar 2009

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus:

Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]), Teil II (Tarifbedingungen) und Teil III (Tarifen).

Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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 Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

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

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung

Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

6 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

II

1 *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

2 *Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), wobei – sofern im Tarif nichts anderes vereinbart – die Leistungsaussage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versi-*

cherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen. Als Versicherungsfall gelten auch Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsunterbrechungen.

3 Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.

4 Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

5 In der substitutiven Krankenversicherung erhält die versicherte Person bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten die volle tarifliche Erstattung. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes darüber informiert. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Beitragszuschlag wird einmalig angeboten. Lehnt der Versicherungsnehmer für die versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder informiert der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nicht fristgerecht, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Ist die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten nur vorübergehend, wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaft muss spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten, gelten ab Beginn des Aufenthaltes § 15 (3) MB/KK 2009 und die zugehörige Tarifbedingung.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei

Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

II

1 Abweichend von § 2 (1) MB/KK 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

2 Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

3 Verändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife an den veränderten Beihilfebemessungssatz oder den entfallenen Beihilfeanspruch angepasst, jedoch nur so weit, als dadurch der weggefallene Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung erforderlich. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten angenommen, wenn er spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs zum Ersten des Monats gestellt wird, in dem der Beihilfebemessungssatz sich verändert hat bzw. der Beihilfeanspruch entfallen ist oder zum Ersten des folgenden Monats; der Antrag kann jedoch frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem er beim Versicherer eingeht. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an werden die Mehrleistungen auch für laufende Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen.

4 Wird ein Kind gemäß § 2 MB/KK 2009 im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

5 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

6 Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen

gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

§ 3 Wartezeiten

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 Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- 6 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

- 1 *Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskosten-Vollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt; eine Krankheitskosten-Vollversicherung im Sinne dieser Tarifbedingung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.*
- 2 *Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.*
- 3 *Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.*
- 4 *Der in § 3 (4) MB/KK 2009 vorgesehene Wartezeiterlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.*

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

- 1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- 2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- 3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- 4 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- 5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- 6 Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend 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.

II

- 1 *Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 – mit Ausnahme eines Krankenhaustagesgeldes – mitversichert.*
- 2 *Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2009 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet, die entweder die hierfür erforderliche staatliche Prüfung bestanden haben oder über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) anerkannten psychotherapeutischen, psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Institut verfügen. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie. Ein Anspruch auf die Leistung besteht nur, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn die Leistung schriftlich zugesagt hat.*
- 3 *Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen approbierten Ärzten, Heilpraktikern*

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) erbracht werden.

4 Es können auch Krankenhausambulanzen und Medizinische Versorgungszentren zur ambulanten Heilbehandlung in Anspruch genommen werden.

5 Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nahrungsmittel an.

6 a) Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

b) Für die Erstattung von Sanatoriumskosten, soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ist Voraussetzung, dass die medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und vom Versicherer anerkannt wird.

7 Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.

8 Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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

f) (entfallen)

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

II

1 Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von § 5 (1) a) MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1) a) MB/KK 2009.

2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1) b) MB/KK 2009 aus Tarifen mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Maßnahme die Leistung schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Dabei sind unabhängig vom versicherten Stationärarbit nur allgemeine Krankenhausleistungen

zuschussfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit diese zur Deckung der Kosten einer stationären Behandlung bestimmt ist.

3 In Tarifen für ambulante Heilbehandlung wird auch für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort geleistet.

4 Es besteht auch Anspruch auf Leistungen für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife AE, BISS, CAE, MA, MAN, MAS, MS, MSW, NK, PRIMO, PRIMO M, ZV und ZVH.

5

a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Nr. 5a der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherte die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Nr. 5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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.

II

1 Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen oder der Ziffern der Gebührenordnungen enthalten. Aus Krankenhausrechnungen muss ersichtlich sein, welche gesondert berechenbaren Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden bzw. welche Pflegeklasse aufgesucht wurde.

2 Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

3 Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Heilbehandlers vorgelegt werden.

4 Besteht nur eine Krankenhaustagegeldversicherung, so genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person.

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

6 Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

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

6 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 € je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des

Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

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

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

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

II

1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

2 Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.

3 Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

4 Der Versicherungsnehmer kann in den Krankheitskostentariifen für jede versicherte Person bis zum Alter von einschließlich 55 Jahren eine Beitragsermäßigung nach Maßgabe der „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ vereinbaren.

5 Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag

bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II

1 Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden – neben dem nach §§ 12 Abs. 4a und 12e VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag für die substitutive Krankenversicherung – der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 12a VAG) zusätzliche Beiträge zugeführt und verwendet.

2 Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen

Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KK 2009 eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

In allen Fällen erstreckt sich die Überprüfung und ggf. die Anpassungsnotwendigkeit auch auf die Beiträge für die gemäß § 8 (4) der Tarifbedingungen vereinbarte Beitragsermäßigung.

§ 9 Obliegenheiten

I

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

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

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

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

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

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

II

1 *Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (vgl. hierzu jedoch § 4 (5) MB/KK 2009).*

2 *Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 (6) der MB/KK 2009 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung der privaten Krankenversicherung beschränkt.*

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

I

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

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

5 **Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der**

Änderungsmittelung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

7 Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

8 Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf 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.

II

1 Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.

2 Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der

betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird.

Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

3 Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von sechs Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiedereinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

4 Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 gleich.

5 Die Fortsetzung eines gekündigten Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (11) MB/KK 2009 ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu beantragen. Die Fortsetzung erfolgt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.

6 Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 13 (8) MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

7 Bei Kündigung nach § 13 (3) MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

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

auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

3 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

5 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II

1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der gesamten Krankheitskostenteilversicherung.

2 Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

II

1 In den Tarifen CK, MA, MAN, MAS, MKH, MS, MSW, PRIMO M und ZV endet das Versicherungsverhältnis auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer I des Tarifs. Die versicherten Personen haben das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere

Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a (2) MB/KK 2009 berücksichtigt.

Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 (3) MB/KK 2009 bleibt unberührt.

2 Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

3 Der Abschluss einer jeweiligen besonderen Vereinbarung nach § 15 (3) MB/KK 2009 oder die Umwandlung in eine Anwartschaft muss spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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 höchststrichterliche 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

I

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

2 Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

I

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

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) ¹Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

(3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. ²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) ¹Bestimmt 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. ²Im 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) ¹Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- 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) ¹Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. ²Der 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) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Abs. 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) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die 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. ³Die 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) ¹Der 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. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im 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 Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) ¹Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 € begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 € ²Die 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, beihilferechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

³Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) ¹Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Abs. 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zuhilfenahme von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist.
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsun-

ternehmen vorzusehen ist. ²Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) ¹Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. ²Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

³Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 € zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. ⁴Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. ⁵Für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 € ⁶Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(4a) ¹In 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 zehn vom Hundert der jährlichen gezielten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. ²Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

§ 12a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) ¹Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegezeitgeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellungen der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. ²Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überschuss).

(2) ¹Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Abs. 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. ²Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. ³Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) ¹Die Beträge nach Abs. 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. ²Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. ³Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. ⁴In der freiwilligen Pflegezeitgeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass

an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) ¹Der Teil der nach Abs. 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Abs. 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 Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. ²Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. ³Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Abs. 2 gutzuschreiben.

§ 12e Zuschlag

Ist der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr zwei vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauf folgenden Jahre um zwei vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als zehn vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen,
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nr. 3 schriftlich widerspricht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

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

cheneinheitlichen 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 Nr. 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nr. 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmevorschriften aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

²Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. ³Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Ab 1. Januar 2009

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) ¹Der Zuschuss nach Abs. 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

²Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Wesentliche Merkmale des Tarifs CA

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- Kostenerstattung für Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und –Therapie
- Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- Kostenerstattung für Sehhilfen
- Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis
- Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- Kostenerstattung für Psychotherapie
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen zzgl. einer Pauschale entsprechend der gewählten Tarifstufe
- Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CA 50)

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung

Tarif CA

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2011

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versichers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

Nach der Tarifstufenkombination CA 30 + CA 120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CA 120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf Tarifstufe CA 30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CA 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfall der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CA 30 + CA 120 die Tarifstufe CA 50 zu wählen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Heilbehandlung und ambulante Vorsorgeuntersuchung, für ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, für ambulante Entbindung einschließlich Hebammenhilfe sowie für Kurbehandlung:

1. Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen, Wegegebühren, Operationen sowie Hebammenhilfe.

2. Heilpraktikerbehandlungen

Hierzu gehören – soweit im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführt – Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und Wegegebühren bis zum jeweiligen in dem GebüH – Stand 1985 aufgeführten Höchstbeitrag.

3. Fahrten und Transporte

Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie.

Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

4. Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie

5. Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattet.

6. Arznei- und Verbandmittel

7. Sehhilfen

Brillen – jedoch nicht in Luxusausführung* – und Kontaktlinsen**.

* Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem wir ein Brillengestell nicht als Luxusausführung ansehen, wird in der Mitglieberzeitung ausgewiesen. Er kann auch beim Versicherer erfragt werden.

** Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.

8. Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel:

- Absauggeräte*,
- Applikationshilfen (Medikamente/Nahrungsmittel),
- Atemmonitore*,
- Bandagen,
- Beatmungsgeräte,
- Behindertendreirad,
- Bewegungsgeräte (Moto-med, Revital, Therafit),
- Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung),
- Blindenleitgeräte/Blindenstock,
- Blutdruckmessgeräte,
- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Brustprothesen,
- CoaguChek-Geräte*,
- elektrische Lesehilfen,
- Epithesen,
- Ernährungspumpen,
- Gehhilfen/Gehstützen,
- Herzfrequenzmonitore*,
- Herzschrittmacher,
- Hörgeräte,
- Infusionspumpen,
- Inhalationsgeräte,
- Inkontinenzartikel,
- Inkontinenztrainingsgeräte,
- Insulinpumpen,
- Kommunikationshilfen (Sprachausgabegeräte),
- Kompressionsstrümpfe,

- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle*,
- Kunstaugen,
- künstliche Glieder,
- künstlicher Kehlkopf,
- Lagerungsartikel (Nachtschienen/Lagerungskissen),
- Leibbinden,
- Liegeschalen,
- nCPAP-Geräte*,
- Milchpumpen,
- Orthesen,
- orthopädische Einlagen zur Fußkorrektur,
- orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate,
- orthopädische Maßschuhe,
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Perücke, Toupet (in besonderen Fällen),
- Prothesen (Arm-/Fußprothesen),
- Pulsoximeter*,
- Sauerstoffgeräte*,
- Sauerstoffkonzentratoren*,
- Säuglings-Überwachungsmonitore*,
- Sitzschalen,
- Stoma-Versorgungsartikel,
- TENS-Geräte,
- Ultraschallvernebler*,
- UVA-/UVB-Bestrahlungsgeräte,
- Wechseldruckmatratzen*
- Darüber hinaus sind grundsätzlich lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

* Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Erstattet werden auch Aufwendungen für die Reparatur von o.g. Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

9. Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

10. Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium sowie bei einer stationären Kur, sind Aufwendungen gemäß Abschnitt II.1. bis 9. erstattungsfähig.

11. Ambulante Entbindungen

Bei ambulanten Entbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß II.1. bis 9. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z.B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 550 € gezahlt. Dieser Betrag wird auch bei einer Entbindung im Krankenhaus gezahlt, sofern keine stationären Leistungen anfallen. Der Betrag in Höhe von 550 € wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet. Besteht Versicherungsschutz mit niedriger als 100%iger Leistung, so wird der Pauschalbetrag entsprechend dem gewählten Prozentsatz gezahlt.

Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

Die erstattungsfähigen Kosten werden mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

Tarifstufe CA 50	50% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 45	45% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 40	40% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 35	35% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 30	30% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 25	25% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 20	20% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CA 120	20% des Rechnungsbetrages

Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik/Bewegungsübungen		Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	22,50		26,60
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	26,60	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	39,50	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,90
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	7,20	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	13,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	39,50	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- Teilpackung	23,60
Bewegungsübungen	8,90	- Großpackung	32,50
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,20	Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,20
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	Kaltpackung (Teilpackung)	
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	25,90	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	8,90
Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,60	- Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	17,80
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	81,90	Heublumensack, Peloidkompresse	10,60
Gerätegestützte Krankengymnastik, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	40,25	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	5,30
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	6,00	Trockenpackung	3,60
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	7,80	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,60
Massagen		Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,30
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassagen)	15,90	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,80
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,20
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	22,50	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,00
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	33,60	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,60
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,10	Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,90
		Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80
		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	45,90
		Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		- Teilbad	33,10
		- Vollbad	37,80
		Sole-Photo-Therapie, Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Be- strahlung, einschließlich Nachfetten), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80

	erstattungsfähig bis zu €
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	7,80
- Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,60
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,90
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,20
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,60
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Einzelinhalation	7,80
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,20
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	6,60
Radon-Inhalation im Stollen	13,00
Radon-Inhalation mittels Hauben	15,90
Kälte- und Wärmebehandlung	
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,30
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	7,80
Eisteilbad	11,30
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	6,60
Elektrotherapie	
Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,60
Iontophorese	7,20
Zwei- oder Vierzellenbad	13,00
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,30
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	3,60
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,60
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00

	erstattungsfähig bis zu €
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,10
Logopädie	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	36,50
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	57,10
Ausführlicher Bericht	13,60
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- Mindestdauer 60 Minuten	60,10
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern – je Teilnehmer	
- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,20
- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,10
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	36,50
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	63,10
Hirnleistungstraining	
- als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Gruppenbehandlung	
- Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	16,60
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	33,10

Wesentliche Merkmale des Tarifs CZ

Zahnärztliche Leistungen

- Kostenerstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 10 Kalenderjahren

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CZ 50)

Tarif CZ

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2011

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet und sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Mit dem Ende der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung endet auch die Versicherung nach Tarif CZ.

Nach der Tarifstufenkombination CZ 30 + CZ 120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CZ 120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf Tarifstufe CZ 30 nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CZ 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfalle der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CZ 30 + CZ 120 die Tarifstufe CZ 50 zu wählen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontose-Behandlung.

2. Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stützzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Die erstattungsfähigen Kosten werden mit folgenden Prozentsätzen vom Rechnungsbetrag erstattet:

Tarifstufe	Zahnbehandlung	Zahnersatz
CZ 50	50%	50%
CZ 45	45%	45%
CZ 40	40%	40%
CZ 35	35%	35%
CZ 30	30%	30%
CZ 25	25%	25%
CZ 20	20%	20%
CZ 120	20%	20%

3. Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.1. und 2. zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr
2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr
3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr
5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr
7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr
unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

Wesentliche Merkmale des Tarifs CSR

Stationäre Heilbehandlung

- Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- Kostenerstattung für Krankentransport
- Zuschuss bei Sanatoriumsbehandlung entsprechend der gewählten Tarifstufe für max. 28 Tage

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CSR 50)

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung

Tarif CSR

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2011

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

Nach der Tarifstufenkombination CSR 30 + CSR 120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CSR 120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf die Tarifstufe CSR 30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CSR 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfalle der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CSR 30 + CSR 120 die Tarifstufe CSR 50 zu wählen.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspfleger.

1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspfleger.

2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3. Sanatoriumsbehandlung

Für Personen vom 21. Lebensjahr an wird als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Sanatorium für die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr ein Tagegeld gezahlt. Sind Leistungen hierfür in Anspruch genommen worden, so entsteht ein neuer Anspruch im dritten darauf folgenden Kalenderjahr.

B) Erstattet werden die erstattungsfähigen Kosten in Prozent des Rechnungsbetrages, und zwar in:

Tarifstufe	Allgemeine Krankenhausleistungen*	Kranken-transport	Zuschuss zu Sanatoriumskosten je Tag
CSR 50	50%	50%	6,00 €
CSR 45	45%	45%	5,40 €
CSR 40	40%	40%	4,80 €
CSR 35	35%	35%	4,20 €
CSR 30	30%	30%	3,60 €
CSR 25	25%	25%	3,00 €
CSR 20	20%	20%	2,40 €
CSR 120	20%	20%	2,40 €
CSR 15	15%	15%	1,80 €

* Können die jeweiligen Kosten nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Wesentliche Merkmale des Tarifs CG

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Einbettzimmer (Tarifstufe CG 1) oder im Zweibettzimmer (Tarifstufe CG 2)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Tarif CG

Krankheitskosten-Versicherung

Fassung April 2010

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

Nach der Tarifstufenkombination CG 230 + CG 320 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Tarifstufe CG 2. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CG 320. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf die Tarifstufe CG 230 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CG 250 unter Anrechnung der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfall der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CG 230 + CG 320 die Tarifstufe CG 250 zu wählen.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Wahlleistungen

1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

B) Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

Tarifstufe CG 1

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer

Tarifstufe CG 2

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die privatärztliche Behandlung, den Krankentransport sowie die sonstigen erstattungsfähigen Kosten, die bei einem Aufenthalt in einem Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

C) Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld in nachstehender Höhe

Versichert	Unterkunft	mit ohne privatärztlicher Behandlung	
		Tarifstufe CG 1	Einbettzimmer
	Zweibettzimmer	15,60 €	28,60 €
	Mehrbettzimmer	26,00 €	39,00 €
Tarifstufe CG 2	Einbettzimmer	-	13,00 €
	Zweibettzimmer	-	13,00 €
	Mehrbettzimmer	10,40 €	23,40 €

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

D) Prozentuale Versicherungsleistungen

Besteht Versicherungsschutz mit niedriger als 100%iger Leistung, so werden die Versicherungsleistungen gemäß II.B) und C) entsprechend dem gewählten Prozentsatz gewährt.

(Beispiel: Tarifstufe CG 230 = 30% der Versicherungsleistungen nach Tarifstufe CG 2)

Wesentliche Merkmale des Tarifs BE

Tarif BE ergänzt den Versicherungsschutz der Beihilfe bei verbleibenden Aufwendungen in den Bereichen:

Tarifstufe	BEa	BEb	BEc
Ambulante Heilbehandlung			
1. Sehhilfen bis 100 €	ja	ja	ja
2. Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 €	ja	ja	ja
Zahnersatz			
3. zahntechnische Material- und Laborkosten	60%	40%	nein
Stationäre Heilbehandlung			
4. privatärztliche Behandlung über der GOÄ/GOZ	ja	ja	ja
Stationäre Kurbehandlung			
5. Kurtagegeld	ja	ja	ja

Erstattungshöhe:

- entsprechend der versicherten Prozentstufe, die jeweils dem Beihilfebemessungssatz entspricht (z.B. 70% in BE 70)

Nicht versichert sind:

- Selbstbehalte bei der Beihilfe

Die Tarifstufen passen zu folgenden Beihilfeverordnungen:

(Stand: April 2010)

Tarifstufe BEa

Beihilfe des Bundes und der Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen.

Tarifstufe BEb

Beihilfe der Länder Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein

Tarifstufe BEc

Beihilfe des Landes Baden-Württemberg

Tarif BE

Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung April 2010

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht. Mit dem Ende der Versicherung für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlung endet auch die Versicherung nach Tarif BE.

Versicherungsfähig in Tarifstufe

- BEa sind Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz zu höchstens 40% beihilfefähig sind.
- BEb sind Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz zu höchstens 60% beihilfefähig sind.
- BEc sind Personen, bei denen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz zu mehr als 60% beihilfefähig sind.

Die versicherte Prozentstufe des Tarifs BE ist so zu wählen, dass sie dem Beihilfebemessungssatz entspricht.

II. Höhe der Erstattung

Es wird empfohlen, Kostenbelege zusammen mit dem jeweiligen Beihilfebescheid einzureichen.

Erstattet werden die gemäß Abschnitt III. erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen entsprechend der versicherten Prozentstufe:

- BEa 50, BEb 50, BEc 50 zu 50%
- BEa 70, BEb 70, BEc 70 zu 70%
- BEa 80, BEb 80, BEc 80 zu 80%

III. Versicherungsleistungen

A) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind folgende Aufwendungen, jedoch zusammen mit beihilfefähigen Anteilen nicht mehr als 100%:

1. Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen)

Erstattungsfähig ist der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, jedoch nicht mehr als 100 €

Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.

2. Heilpraktikerbehandlungen

Erstattungsfähig sind die unter Anrechnung beihilfefähiger Anteile verbleibenden Aufwendungen für Heilpraktikerbehandlungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 € pro Kalenderjahr.

Hierzu gehören alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 1.000 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

3. Zahntechnische Material- und Laborkosten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz – bis zu den in Anhang 1 (Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen) genannten Preisen – zu

- 60% in Tarifstufe BEa
- 40% in Tarifstufe BEb.

Die Höhe der Erstattung erfolgt entsprechend der versicherten Prozentstufe gemäß Abschnitt II.

Tarifstufe BEc umfasst keine Leistungen für zahntechnische Material- und Laborkosten.

3.1 Rechnungshöchstbeträge

Es gelten nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt
1.000 € im 1. Kalenderjahr,
2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,
3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,
4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,
5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr,
5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für zahntechnische Material- und Laborkosten setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die insgesamt anfallenden Kosten für Zahnersatz voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

4. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, soweit sie die Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ, siehe Anhang 2) übersteigen.

5. Kurtagegeld

Bei ärztlich verordneten stationären Kur- und Sanatoriumsaufenthalten wird ein Kurtagegeld für die Dauer der Kur, höchstens aber für 28 Tage gezahlt. Ein erneuter Anspruch besteht nach Ablauf von 3 Jahren.

Das Kurtagegeld bemisst sich aus 50 € je Kalendertag, entsprechend der versicherten Prozentstufe.

B) Sonstiges

In der Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbehalte auf beihilfefähige Aufwendungen (z.B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) sind nicht erstattungsfähig.

IV. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. einen Wechsel der maßgebenden Beihilfeverordnung dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall stellt der Versicherer die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in die bedarfsgerechte Stufe des Tarifs BE – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – um, soweit im Rahmen der bisherigen Stufe die Leistungen bereits dem Grunde nach versichert waren. Die Umstellung erfolgt zum Ersten des Monats, in dem die Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. der Wechsel der maßgebenden Beihilfeverordnung eintritt.

Erlangt der Versicherer von einer Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. einem Wechsel der maßgebenden Beihilfeverordnung Kenntnis, ohne dass der Versicherungsnehmer dies angezeigt hat, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsende im Sinne von Satz 2 zu ändern.

Nach Ablauf von 6 Monaten ab Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. ab Wechsel der maßgebenden Beihilfeverordnung kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines Antrags mit einer erneuten Risikoprüfung erfolgen. Bis zum Zeitpunkt der Anpassung erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der aufgrund des neuen Beihilfebemessungssatzes bzw. der neu maßgebenden Beihilfeverordnung erforderlich ist.

V. Leistungsanpassung

Eine Änderung in einer der öffentlich-rechtlichen Beihilfeverordnungen gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls daraus notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Leistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif BE auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 4) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI. Anhang

Anhang 1

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen
siehe Seite 4 – 8

Anhang 2

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ. Höchstsatz der GOZ ist derzeit der 3,5fache Satz.

Anhang 3

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Abs. 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, 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.

Anhang 1 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung		Provisorium	
101	5,71	301	28,59
102	8,87		Stiftzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff / Metall
103	5,61	302	18,80
104	20,19		Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer
105	8,87	303	34,68
106	7,89		Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer
107	18,36	304	4,08
108	15,50		Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils
109	15,50	305	28,56
110	15,50		Metallprovisorium verblenden einfarbig, bis Zahn 6*
111	15,50	306	40,80
112	8,22		Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*
113	8,87	Kronen / Brücken / Inlays und Implantate	
114	8,87	401	34,68
115	2,04		Wurzelstift gegossen
116	4,64	402	61,54
117	5,30		Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe
118	7,53	403	27,54
119	6,12		Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau
120	8,07	404	46,92
121	13,26		Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau
122	13,26	405	46,58
123	12,24		Stiftaufbau
124	22,44	406	13,45
125	8,16		Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten
126	10,20	407	65,28
127	8,16		Stiftkronen aus Kunststoff
128	17,34	408	20,18
129	9,18		Angelieferte Modellation gießen
130	15,30	409	13,45
131	5,10		Vorbereiten Krone / Brückenglied
132	6,12	410	13,45
133	25,50		Krone / Brückenglied einarbeiten
134	10,20	411	61,54
135	15,30		Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert
136	5,61	412	69,43
137	8,16		Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert
138	2,65	413	69,43
139	4,08		Teilkronen / Dreiviertelkronen gegossen, gefräst oder erodiert
140	3,88	414	61,54
141	8,16		Teilkronen / Dreiviertelkronen gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung
142	8,16	415	69,43
143	3,06		Krone für Kunststoffverblendung
144	5,10	416	66,30
145	3,06		Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung
146	22,44	417	61,54
Herstellung individueller Hilfsmittel			Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung
201	9,42	418	51,00
202	9,42		Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke
203	19,41	419	61,20
204	19,41		Galvanokrone für Verblendung
205	19,41	420	125,46
206	19,41		Krone aus Presskeramik
207	19,41	421	90,46
208	19,41		Teilkronen aus Presskeramik
209	5,50	422	72,33
210	22,20		Krone / Teilkronen aus Presskeramik zur Keramikverblendung
211	13,26	423	132,20
212	6,02		Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)
213	18,36	424	115,90
			Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung
		425	64,87
			Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien
		426	100,91
			Mantel-(Jacket-)krone Keramik / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien
		427	47,09
			Brückenglied massiv
		428	32,13
			Brückenglied für Vollverblendung
		429	92,82
			Brückenglied aus Keramik
		430	8,16
			Verbindungsstelle Keramik
		Inlays Gold	
		431	48,96
			Gussinlay indirekt einflächig
		432	67,32
			Gussinlay indirekt zweiflächig
		433	79,56
			Gussinlay indirekt dreiflächig
		434	79,56
			Gussinlay indirekt mehrflächig
		435	79,56
			Gussonlay
		436	61,20
			Inlay galvanisch aufgebaut einflächig

	erstattungsfähig bis zu €
437 Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,36
438 Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,58
439 Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,68
440 Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	48,96
441 Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,16
442 Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,36
443 Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,46
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)	
444 Inlay aus Kunststoff einflächig	38,76
445 Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00
446 Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,28
447 Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,36
448 Onlay aus Kunststoff	69,36
Inlays Keramik (frei geschichtet)	
449 Keramikinlay einflächig	90,78
450 Keramikinlay zweiflächig	93,84
451 Keramikinlay dreiflächig	96,90
452 Keramikinlay mehrflächig	107,10
453 Teilkrone / Onlay / Keramik	96,90
Inlay Presskeramik (z.B. Empress oder Cercon)	
454 Inlay aus Presskeramik einflächig	80,31
455 Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10
456 Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,49
457 Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,46
458 Onlay aus Presskeramik	90,46
Inlay aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)	
459 Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,39
460 Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,27
461 Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,79
462 Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
463 Onlay aus Keramik gefräst	120,90
Implantate	
464 Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 1 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 1 x Modellimplantat repositionieren - 1 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 1 x Verlängerungshülse für Implantat - 1 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 1 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 1 x Verschraubung Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	251,07
465 Zwei Implantate als Basis einer anzufertigenden Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 2 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 2 x Modellimplantat repositionieren - 2 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 2 x Verlängerungshülse für Implantat - 2 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 2 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 2 x Verschraubung Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat - 2 x Lötfreie Verbindung Primärteil	448,81

	erstattungsfähig bis zu €
Integrale nicht zusätzlich abrechenbare Begleitleistungen der Positionen 464 und 465:	
- Modellimplantat repositionieren	
- Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
- Verlängerungshülse für Implantat	
- Parallelbohrschablone für Implantat	
- Implantatkontrollschablone	
- Röntgenkugel positionieren	
- Bearbeiten eines Implantatkopfes	
- Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
- Verschraubung Implantat	
- Metallverbindung Primärteile	
- Stegfräsung	
- Steggeschiebe + Begleitleistung	
- Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
- Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	
- Lötfreie Verbindung Primärteil	
466 Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
467 Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,44
468 Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
469 Magnetpaar einarbeiten	48,96
Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel	
501 Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,71
502 Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
503 Umlaufende Fräsung	30,40
504 Individuelles Geschiebe primär	77,50
505 Individuelles Geschiebe sekundär	80,15
506 Geschiebefräsung	29,19
507 Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil	82,09
508 Individueller Steg Längeneinheit	8,16
509 Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil	64,05
510 Steggeschiebe individuell an Basis	34,68
511 Steg abknicken	7,14
512 Stegfräsung	18,36
513 Konfektionssteg	53,53
514 Konfektionssteg Längeneinheit	3,06
515 Konfektionssteglasche an Basis	18,36
516 Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,68
517 Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,36
518 Stift im Inlay zum Pinledge	15,30
519 Drehriegel, Schwenkriegel individuell, inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	160,98
520 Wiederherstellung Drehriegel / Schwenkriegel individuell	107,30
521 Konfektionsriegel primär	34,66
522 Konfektionsriegel sekundär	71,20
523 Konfektionsgeschiebe primär	34,66
524 Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
525 Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
526 Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,15
527 Rillen-Schulter-Fräsung	29,19
528 Umlaufaste für Schubverteilungsarm	53,82
529 Schubverteilungsarm	54,49
530 Teilfräsung	18,36
531 Lager für Ankerbandklammer	77,50
532 Ankerbandklammer sekundär	80,15
533 Lager für Raste	8,16

	erstattungsfähig bis zu €
534 Raste in Lager	6,12
535 Bohrung und Fräsung für Friktionsstift / Schraube / Bolzen	8,16
536 Einarbeiten Friktionsstift / Schraube / Bolzen	41,99
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen	
601 Metallverbindung nach keramischem Brand / inklusive Lötmodell	24,90
602 Lötfreie Verbindungen / Primärteil je Einheit	5,61
603 Lötfreie Verbindungen / Sekundärteil je Einheit	9,18
604 Laserschweißen je Kiefer	14,28
605 Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,16
606 Lötung 2 / 3: mit / ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,28
Veneers / Verblendungen / Zahnfleisch	
701 Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Teil- oder Vollverblendung	46,77
702 Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Teil- oder Vollverblendung	78,57
703 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Kunststoff, bis Zahn 6*	13,89
704 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Keramik, bis Zahn 6*	30,28
705 Mehraufwand Rohbrandeinprobe je Kiefer	8,16
706 Keramikschulter, bis Zahn 6*	22,44
707 Sphärischer Kontakt	4,08
708 Glasieren je Einheit	5,10
709 Individuelles Charakterisieren Keramik, bis Zahn 6*	20,40
710 Farbgebung durch Bemalen je Kiefer	71,40
711 Individuelles Charakterisieren Kunststoff, bis Zahn 6*	15,30
712 Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik	14,28
713 Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik, bis Zahn 6*	24,99
714 Verblendschale aus Kunststoff	56,10
715 Verblendschale aus Keramik	114,24
716 Verblendschale aus Presskeramik	98,15
717 Verblendschale aus Keramik gefräst	119,23
Metallbasen und gegossene Klammern	
801 Metallbasis / OK oder UK / Totale sowie Partielle	122,11
802 Einarmige Klammer	10,53
803 Inlayklammer	8,75
804 Fortlaufende Klammer je Zahn	10,53
805 Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,53
806 Krallen	10,53
807 Ney-Stiel	10,53
808 Auflage	10,53
809 Umgehungsbügel bei Diastema	10,53
810 Zweiarmlige Klammer	20,04
811 Approximalklammer	20,04
812 Ringklammer	20,04
813 Rücklaufklammer	20,04
814 Gegenlager	20,04
815 Zwei Zähne umfassende Doppelbogenklammer	20,04
816 Zweiarmlige Klammer mit Auflage(n)	29,66
817 Approximalklammer mit Auflage(n)	29,66
818 Ringklammer mit Auflage(n)	29,66
819 Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,66
820 Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,66
821 Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,66

	erstattungsfähig bis zu €
822 Bonwillklammer	39,82
823 Rückenschutzplatte	37,67
824 Metallzahn	37,67
825 Metallkaufläche	37,67
826 Lösungsknopf für Friktionsprothese / max. 2 je Kiefer	15,24
827 Unterfütterbarer Abschlussrand	18,15
828 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,68
829 Kragenfassung	8,16
830 Modellgussteil konditionieren / je Kiefer	12,24
831 Metallfläche konditionieren / je Einheit	8,16
Auf- und Fertigstellung / gebogene Klammern / Schienen	
901 Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,27
902 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,81
903 Aufstellung auf Metallbasis je Zahn	2,69
904 Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,88
905 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,89
906 Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,33
907 Einarmige Klammer	8,07
908 Inlayklammer	8,07
909 Interdental-Knopfklammer	8,07
910 Approximalklammer	8,07
911 Auflage (nicht Krallen)	8,07
912 Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,07
913 Zweiarmlige Klammer, auch mit Auflage	14,89
914 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,89
915 Überwurfklammer	14,89
916 Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,89
917 Basis aus Weichkunststoff	52,05
918 Sonderkunststoff/je Kiefer	52,05
919 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarb. Kunststoff	32,65
920 Remontage Prothese	20,40
921 Selektives Einschleifen	31,62
922 Reokkludieren einer Prothese	4,59
923 Zahnfleischklammer	10,20
924 Pelottenklammer	18,36
925 Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,72
926 Individuelle Beschwerungseinlage einarbeiten	15,30
927 Saugkammer einarbeiten	4,08
928 Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Kunststoff, bis Zahn 6*	18,36
929 Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Keramik, bis Zahn 6*	18,36
930 Aufbisschiene	104,27
931 Knirscherschiene	104,27
932 Bissführungsplatte / komplett	104,27
933 Miniplastschiene	61,89
934 Retentionsschiene	61,89
935 Verband- oder Verschlussplatte	61,89
936 Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,05
937 Festsitz. Schiene adjustierbar je Zahn	9,49
938 Abnehmbare Dauerschienen / Metall, adjustiert	154,05
939 Medikamententrägerschiene	66,30
940 Schienungskappe aus Kunststoff	17,34
941 Obturator aus Kunststoff	93,84
942 Resektionskloß aus Kunststoff	57,12
943 Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
944 Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20

	erstattungsfähig bis zu €
Reparaturen Zahnersatz	
1034 Grundeinheit für Instandsetzung Prothese	17,67
1035 Leistungseinheit Sprung	7,79
1036 Leistungseinheit Bruch	7,79
1037 Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,79
1038 Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,79
1039 Leistungseinheit Halte- / Stützvorrichtung einarbeiten	7,79
1040 Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,79
1041 Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen	7,79
1042 Retention, gebogen	41,71
1043 Retention, gegossen	51,13
1044 Gegossenes Basisteil	63,91
1045 Metallverbindung b. Wiederherstellung / Erweiterung	21,53
1046 Teilunterfütterung einer Basis	37,25
1047 Vollständige Unterfütterung einer Basis	51,97
1048 Basis erneuern	63,33
1049 Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1050 Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,78
1051 Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1052 Instandsetzen Kunststoffverblendung, bis Zahn 6*	15,78
1053 Instandsetzen Keramikverblendung, bis Zahn 6*	15,79
1054 Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,77
1055 Versandkosten	3,68
Allgemeines	
2001 Zahnfarbenbestimmung pro Patient	10,20
2002 Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00

Hinweise:

Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Leistungen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

* Erläuterungen

FDI-Zahnschema

Oberkiefer rechts								Oberkiefer links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Unterkiefer rechts								Unterkiefer links							

Legende:

SZ = Schneidezahn

EZ = Eckzahn

BZ = Backenzahn

WZ = Weisheitszahn

Frontzahngebiet: Zähne 1-3

Seitenzahngebiet: Zähne 4-8

Wesentliche Merkmale des Tarifs KH

Krankenhaustagegeld

- ab dem ersten Tag im Krankenhaus
 - in doppelter Höhe bei Begleitung eines versicherten Kindes durch ein Elternteil
-

Tarif KH

Krankenhaustagegeldversicherung

Fassung Januar 2009

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.
2. Das Krankenhaustagegeld muss mindestens 5 € betragen; es kann um jeweils 5 € erhöht werden.

II. Versicherungsleistungen

1. Das Krankenhaustagegeld wird in der versicherten Höhe gezahlt bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien.
2. Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Diese zusätzliche Krankenhaustagegeldleistung ist jedoch begrenzt auf die Höhe der tatsächlich entstehenden Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.
3. Bei stationärer Heilbehandlung in Truppen-Sanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen wird die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes, höchstens jedoch 5 € täglich, gezahlt.
4. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wesentliche Merkmale der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Tarif PV

Leistungen in Abhängigkeit der Pflegestufe

- für häusliche Pflege
- für Pflegegeld
- für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- für teilstationäre Pflege
- für Kurzzeitpflege
- für vollstationäre Pflege
- zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- bei Pflegezeit
- für Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- zusätzliche Betreuungsleistungen
- für Pflegeberatung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung

Fassung Januar 2010

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus:

- Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB
- Bedingungsteil MB/PPV 2010

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

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

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

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100% der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

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

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen für

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

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfenvorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 € 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 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 Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 440 €
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.040 €
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.510 €
- erstattet.

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

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80% der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225 €
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430 €
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685 €

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

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

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 € in Pflegestufe III bis zu 31 € erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichti-

gung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21 € erstattet.

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510 € je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

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

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in 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 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 MB/PPV 2010 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% erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10% der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 € je

Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31 € je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557 € je Maßnahme begrenzt.

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

5. Teilstationäre Pflege

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

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440 €

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040 €

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510 € erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80% der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.510 € pro Kalenderjahr ersetzt.

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

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

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

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

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

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

c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510 € je Kalendermonat,

d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von 1.825 € je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang).

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV 2010) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10% des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 € je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 €

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

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI (siehe Anhang), ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 100 €(Grundbetrag) oder 200 €(erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

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

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).

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

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar
- Pflegebetten, motorisch verstellbar
- Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten

1.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettgalgen
- Aufrichthilfen
- Seitengitter
- Fixiersysteme für Personen

1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung

- Einlegerahmen
- Rückenstützen, manuell verstellbar

1.4 Spezielle Pflegebettische

- Pflegebettische
- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte

1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung

- Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung

1.7 Pflegerollstühle

- Pflegerollstühle

Hilfsmittel*:

Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

- Lifter, fahrbar

Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

- Wandlifter

Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter

Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen

Innenraum und Außenbereich

Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle

Treppen

Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)
- Treppenraupen

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen (Stechbecken)
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Urinflaschenhalter
- Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar

2.2 Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen
- Kopfwashbecken, freistehend
- Hygienesitze

Hilfsmittel*:

Badewannenlifter

- Badewannenlifter, mobil
- Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche

Badewanneneinsätze

- Badewannenverkürzer
- Badeliegen

Badewannensitze

- Badewannenbretter
- Badewannensitze ohne Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar

Duschhilfen

- Duschsitze, an der Wand montiert
- Duschhocker
- Duschstühle

Toilettensitze

- Toilettensitzerhöhungen
- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
- Toilettensitze für Kinder

Toilettenstützgestelle

- Toilettenstützgestelle
- Toiletzensitzgestelle

Toilettenstühle

- Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff
- Feststehende Holztoilettenstühle
- Toilettenstühle für Kinder

Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen

- Badewannengriffe, mobil
- Stützgriffe für Waschbecken und Toilette

Toilettenrollstühle

- Toilettenrollstühle

Duschrollstühle

- Dusch-Schieberollstühle

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung / Mobilität

3.1 Notrufsysteme

- Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte
- Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale

Hilfsmittel*:

Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen

Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)

Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher

- Bettpfostenerhöher
- Bettrahmenerhöher

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

4.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen
- Lagerungshalbrollen

Hilfsmittel*:

Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm

Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien

Liegehilfen zur Vorbeugung

- Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien
- Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürzen

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

Hilfsmittel*:

Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3
- Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2
- Vorlagen für Urininkontinenz

Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

- Netzhose Größe 1 / Netzhose Größe 2

Saugende Inkontinenzhosen

- Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3

Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril

Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril

Zubehör für Auffangbeutel

- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind.

Bedingungsteil, MB/PPV 2010

Dieser Bedingungsteil gilt in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

2 Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Abs. 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

3 Die Hilfe im Sinne des Abs. 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

4 Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

5 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 2 Satz 2 sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

6 Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich

der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

7 Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

8 Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist und mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

9 Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

10 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

11 Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtig, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

12 Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

13 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Abs. 2-4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Abs. 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

1 Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Abs. 1) an.

2 Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages

- a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
- b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
- c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
- d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
- e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.

f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

3 Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein 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 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht,

wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

2 Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Abs. 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

3 Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Abs. 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

4 Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Abs. 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,

b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflege-Pflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung 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 sowie durch Pflegeberater der privaten Pflege-Pflichtversicherung gemäß Abs. 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Abs. 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Abs. 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

5 Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Abs. 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

6 Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

7 Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaf-

fung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

B. Teilstationäre Pflege

8 Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

9 Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Abs. 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

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

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

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

C. Kurzzeitpflege

10 Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Abs. 8 Sätze 2-5 gelten entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht.

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

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

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

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

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

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

13 Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

14 Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

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

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

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

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

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a)-l), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

I. Pflegeberatung

18 Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von

Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

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

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1 Keine Leistungspflicht besteht:

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendersersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
- b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

2 Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte be-

sondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

- c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

3 Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

1 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens

jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

2 Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten 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 untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

3 Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Abs. 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

4 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

6 Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1 Vorbehaltlich der Abs. 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

- nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1-8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
- nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
- keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 €

3 Unter den Voraussetzungen des Abs. 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- 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,
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern

verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern.

Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

4 Die Beitragsfreiheit nach den Abs. 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 Abs. 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

7 Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

8 Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 € verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.

9 Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8a Beitragsberechnung

1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2 Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

3 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei In-Kraft-Treten der Ände-

rung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

4 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8b Beitragsänderungen

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dem entsprechend 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%, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

3 Anpassungen nach Abs. 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 Abs. 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 Abs. 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

1 Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.

2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1b).

3 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

4 Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

5 Der Abschluss einer weiteren privaten Pflege-Pflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

6 Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1 Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1-5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

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

3 Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1 Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe An-

hang), 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 Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4 Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 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, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang –) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private 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 nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht

nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

2 Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

3 Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflege-Pflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückhalten.

4 Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

5 Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

6 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1 Eine Beendigung der privaten Pflege-Pflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Abs. 5 bleibt unberührt.

2 In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Abs. 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 Abs. 4) kündigen.

3 Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflege-Pflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Abs. 1a) Halbsatz 1.

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gelten Abs. 1 Sätze 2 und 3 entsprechend.

4 Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Abs. 3 Sätze 2-4 gelten entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung

dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem Abrechnungsverband private Pflege-Pflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsbesserungen verwendet.

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

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2010 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2010 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150%, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75% des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 €

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kapungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2010 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 In-Kraft-Tretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

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

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

In Abweichung von
§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2010

- 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% des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II)

oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.

- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50% des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages 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 Pflegepflichtversicherung.

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) ¹Bestimmt 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. ²Im 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) ¹Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Abs. 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) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die 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. ³Die 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) ¹Der 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. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er in folgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungs-

nehmers 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 Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) ¹Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 € 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 € ²Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

³Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(5) ¹Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nr. 1 oder Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Abs. 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Abs. 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Abs. 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. ²Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum

30. Juni 2009 verlangt werden. ³Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. ⁴Der 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.

Fußnote

§ 193 Abs. 5 Satz 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG (100-1) Art. 9 Abs. 1 vereinbar gem. BVerfGE v. 10.6.2009 I 2127 - 1 BvR 825/08, 1 BvR 831/08 -

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Kalkulationsverordnung [KalV]

§ 13a Übertragungswert

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

Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) [SGB III]

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (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. ²Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den

Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

- (2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie
 1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
 2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
 3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,
 wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(2a) ¹Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

²Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. ³Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

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

(3) ¹Nach Abs. 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. ²Nach Abs. 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. ³Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Abs. 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Abs. 2a versicherungspflichtig ist. ⁴Nach Abs. 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Abs. 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. ⁵Nach Abs. 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. ⁶Trifft eine Versicherungspflicht nach Abs. 2a mit einer Versicherungspflicht nach Abs. 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Abs. 2a vor.

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

(1) ¹Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die

1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,

2. eine selbständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

²Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,
2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und
3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht.

³Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. ⁴Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.

- (2) ¹Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Abs. 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. ²Das Versicherungspflichtverhältnis endet,
 1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,
 2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Abs. 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,
 3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,
 4. in Fällen des Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.

³Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

(1) ¹Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. ²Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.

(2) ¹Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraums bleiben außer Betracht

1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
2. Zeiten einer Beschäftigung als Freiwillige oder Freiwilliger im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,
3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
- 3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn

wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,

4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

²Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

- (3) ¹Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn
 1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
 2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

²Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 10 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 Beitragsatzes vom Bund,
 3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
 4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
 5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
 - c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400 Euro nicht übersteigt,
 6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
 7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
 8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
 9. für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind, vom Bund,
 10. für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.
- (2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende, für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind, und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.
- (3) ¹Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. ²Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.
- (4) ¹Die Beiträge für Bezieher von Krankentagegeld sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. ²Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. ³Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. ⁴Der 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) ¹Die Beiträge für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. ²Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(5) ¹Für die Zahlung der Beiträge nach den Abs. 3 bis 4a sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend; die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. ²Die Zahlung der Beiträge nach Abs. 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). ³Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) [SGB IV]

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
 1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,
 2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 Euro im Monat übersteigt.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

¹Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. ²Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße (Ost)) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) [SGB V]

§ 33 Hilfsmittel

(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. ²Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. ³Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer

wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) ¹Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. ²Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) ¹Versicherte 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. ²§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. ³Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. ⁴Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. ⁵In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 75) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) ¹Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. ²§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. ³Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. ⁴Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. ⁵Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. ⁶Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. ⁷Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Abs. 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. ²Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

cherten erbracht werden können. ²Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) ¹Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. ²Die 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. ³Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Abs. 2 zu entsprechen. ⁴Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. ⁵Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Abs. 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. ⁶Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. ⁷Wird 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) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. ²Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. ³Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. ⁴Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁵§ 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁶Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. ⁷Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. ⁸Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) ¹Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nr. 4 und 5 begründeten Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. ²Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. ³Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. ⁴Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) ¹Der Beitrag von im Standardtarif nach Abs. 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Abs. 1 versicherte Personen nicht. ²§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Abs. 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) ¹Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. ²Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Abs. 1 die Begrenzungen gemäß Abs. 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Abs. 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Abs. 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) [SGB VI]

§ 3 Sonstige Versicherte

¹Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
 2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
 - 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nr. 2 versicherungspflichtig waren,
 3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
 - 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbstständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
 4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

²Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. ³Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. ⁴Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen.

⁵Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherte

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
 - 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
 - 2b. (weggefallen)
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) ¹Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

²Üben 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.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

- (1) Die Beiträge werden getragen
 1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
 2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400 Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
 3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den Antrag stellenden 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) ¹Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knapp-schaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vm Hundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. ²Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knapp-schaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) [SGB IX]

§ 2 Behinderung

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

trächtigt ist. ²Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) [SGB XI]

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) ¹Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. ²Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) ¹Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Abs. 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. ²Satz 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 Abs. 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) ¹Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Abs. 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Abs. 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. ²Dies 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. krankenversorgungsrechtlich 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) ¹Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. ²Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. ³Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) ¹Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. ²Die 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. ³Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 25 Familienversicherung

(1) ¹Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

²§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) ¹Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nr. 1, 2 oder 3 versichert war.

²§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) ¹Die Versicherung nach Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. ²Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten

Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Ausgenommen 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. ³Der 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. ⁴Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. ⁵Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Abs. 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. ³Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. ⁴Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) ¹Ab 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 Abs. 1 Satz 2 entfallen sind. ²Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Abs. 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. ³Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. ⁴Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Abs. 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Abs. 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) ¹Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünftens Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünftens Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. ⁴In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünftens Buches), bei Mitgliedern der landwirt-

schaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünftens Buches) zugrunde gelegt. ⁵Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünftens Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünftens Buches) zugrunde gelegt. ⁶Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

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

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) ¹Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) ¹Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. ²Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. ³Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) ¹Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Abs. 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. ²Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. ³Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. ⁴Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. ⁵Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) ¹Im Rahmen der Modellförderung nach Abs. 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. ²Dabei können auch stationäre Versorgungs-

angebote berücksichtigt werden.³Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen.⁴Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden.⁵Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.⁶Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) ¹Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.²Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte.²In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können.³Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder.⁴Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) ¹Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden.²Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) ¹Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.²Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

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

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

Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig.²In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung

der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.³In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen.⁴Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen.⁵Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

⁶Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zu setzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

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

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen.²Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) ¹Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf vereinbarung Leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung.²Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für

dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

³Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Abs. 1 gezahlt wird, besteht. ⁴Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) ¹Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. ²Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Abs. 1 abgegolten. ³Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. ⁴Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. ²Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) ¹Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Abs. 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Sie muss leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

- (2) ¹Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie
1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
 2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
 3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nr. 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. ²Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) ¹Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche

Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. ⁴§ 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. ²Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. ³§ 82 Abs. 2 gilt entsprechend. ⁴In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) ¹Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. ²Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) ¹Die in Abs. 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. ²Die in Abs. 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. ³Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. ⁴Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. ⁵Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Abs. 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) ¹Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. ²Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. ³§ 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) [SGB XII]

§ 66 Leistungskonkurrenz

(4) ¹Leistungen nach § 65 Abs. 1 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. ²Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. ³In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 anzurechnen.

§ 75 Einrichtungen und Dienste

(3) ¹Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)

besteht. ²Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. ³Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Pflege-Versicherungsgesetz [PflegeVG]

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) ¹Personen, 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. ²Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. ³§ 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

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

Bundesversorgungsgesetz [BVG]

§ 35

(1) ¹Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 266 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. ²Hilflos 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. ³Diese 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. ⁴Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 455, 645, 829, 1.078 oder 1.325 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. ⁵Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. ⁶Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. ⁷Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) ¹Wird fremde Hilfe im Sinne des Abs. 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Abs. 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. ²Leben 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. ³In 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 leis-

ten. ⁴Entstehen 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. ⁵Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Abs. 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) ¹Über den in Abs. 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. ²Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Abs. 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. ³Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. ⁴Empfänger 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 Abs. 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Abs. 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) ¹Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Abs. 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. ²Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. ³Beschädigte, 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. ⁴Soweit 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) ¹Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Abs. 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. ²Jedoch 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. ³Bei 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.

Pflegezeitgesetz [PflegeZG]

§ 3 Pflegezeit

(1) ¹Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). ²Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) ¹Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. ²Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) ¹Wer 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. ²Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) ¹Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. ²Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Ergänzung zu Ihren Versicherungsunterlagen

Die COMPASS-Pflegeberatung – Ihre Bedürfnisse und Fragen im Mittelpunkt

Wir helfen bei der Suche nach Lösungen

- Maria Zimmer ist nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt. Ihre Tochter will sie zu Hause pflegen, hat zu dieser neuen Situation jedoch noch viele Fragen.
- Peter Wagner betreut seine an einer fortschreitenden Muskelschwäche erkrankte Frau. Seit einigen Wochen hat sich ihr körperlicher Zustand dramatisch verschlechtert. Wie kann die Betreuung und Pflege seiner Frau sichergestellt werden und welche Entlastung ist für ihn wichtig?
- Irene Herbst ist zu 50% schwerbehindert und möchte sich bereits im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit zu Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung informieren.

Über Ihre derzeitige Situation sprechen, auf offene Fragen Antworten finden – wir sind für Sie da, unterstützen und begleiten Sie – auch wenn Sie sich im Vorfeld von Pflegeereignissen ganz allgemein informieren möchten.

Die COMPASS-Pflegeberatung ist neutral, unabhängig und kostenfrei. Sie ist eine Serviceleistung der Privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zusätzlich bieten wir allen Pflegebedürftigen unabhängig von akutem Beratungsbedarf einmal im Jahr ein Kontaktgespräch zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung an.

Wir wissen, worüber wir reden

Wir, die COMPASS-Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind erfahrene Pflegefachkräfte, Versicherungsfachleute oder Sozialarbeiter. Wir verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Pflege und der sozialen Arbeit. Mit unserem Pflegeberatungskonzept wollen wir dazu beitragen, dass Sie – auch bei Pflegebedürftigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen – ein selbst bestimmtes und weitgehend unabhängiges Leben in Ihrer gewohnten Umgebung führen können.

Wir wollen Sie schnell, unbürokratisch und zeitnah beraten. Unser Ziel ist es, dass innerhalb von 24 Stunden nach Ihrem Anruf in der telefonischen Pflegeberatung oder dem Informationsgespräch mit Ihrem Versicherungsunternehmen ein COMPASS-Pflegeberater vor Ort Kontakt mit Ihnen aufnimmt, um einen Gesprächstermin bei Ihnen zu Hause zu vereinbaren.

COMPASS

Private Pflegeberatung GmbH

Bonner Straße 172 – 176

50968 Köln

www.compass-pflegeberatung.de

Wir informieren, unterstützen und begleiten Sie,

- wenn Sie sich ganz allgemein rund um das Thema Pflege informieren möchten.
- wenn Sie sich überlastet fühlen.
- wenn Sie vor der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung die häusliche Pflegesituation klären müssen.
- wenn Sie Informationen zu Hilfsmitteln benötigen oder das Wohnumfeld anpassen möchten.
- wenn Sie sich im Vorfeld einer Begutachtung über den Ablauf und das Verfahren informieren wollen.
- wenn Sie Fragen zu Finanzierungsmöglichkeiten Ihrer Pflegesituation haben.
- wenn Sie Informationen zur stationären, teilstationären und ambulanten Betreuung und Versorgung benötigen.
- wenn Sie wissen möchten, welche Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger bestehen.
- wenn Sie sich über ehrenamtliche Dienste und Kontakte zu Selbsthilfegruppen informieren möchten.

Einfach. Immer. Näher – Das ist die Pflegeberatung der Privaten

Wir bieten Ihnen Pflegeberatung auf zwei Wegen:

Unter der **bundesweit gebührenfreien Servicenummer 0800 101 88 00** erreichen Sie unsere qualifizierten Mitarbeiter in der telefonischen Pflegeberatung. Auf Wunsch vermitteln diese eine Pflegeberatung in Ihrer Region.

Unsere **aufsuchende Pflegeberatung** reicht von einem einmaligen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Begleitung. Unsere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater **vor Ort kommen zu Ihnen nach Hause**, ins Krankenhaus oder in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung.

Selbstverständlich initiiert auch Ihr Versicherungsunternehmen auf Wunsch eine Pflegeberatung durch COMPASS.

Einfach. Immer. Näher.

0 800 – 101 88 00

Rufen Sie uns an:

montags bis freitags: 8 – 19 Uhr

samstags: 10 – 16 Uhr

Die Tarif- und Beitragseinstufung in der Pflege-Pflichtversicherung

Fassung Januar 2011

Ihr Versicherungsvertrag umfasst neben der Krankenversicherung auch die gesetzlich vorgeschriebene Pflege-Pflichtversicherung (PPV).

Bei der HALLESCHE Krankenversicherung heißt dieser Tarif PV; es gibt ihn in den Tarifstufen PVB und PVN.

PVB oder PVN?

Die Tarifstufe PVB gilt für Personen, die bei Pflegebedarf Anspruch auf Beihilfe des Bundes oder eines Bundeslandes haben. Dies sind in der Regel Beamte, Berufssoldaten, Hochschullehrer, Richter und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis. Ehepartner und Kinder sind unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls beihilferechtigt. **Keinen Anspruch auf Beihilfe** haben dagegen Angestellte im öffentlichen Dienst. Eine Sonderregelung gilt für Zeitsoldaten: Sie haben bei Pflegebedarf zwar keinen Anspruch auf Beihilfe, werden aber dennoch für die Zeit des Wehrdienstes der Tarifstufe PVB zugeordnet.

Für alle anderen Versicherten gilt die **Tarifstufe PVN**. Diese deckt im Pflegefall alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen ab – dementsprechend ist der Beitrag auch höher.

Weitere beitragsrelevante Faktoren

Der Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung richtet sich wie in der privaten Krankenversicherung zunächst nach dem Alter und dem Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung.

Bestimmte Personengruppen kommen in den Genuss von **Beitrags-Höchstgrenzen**. Maßgebend ist

- der Zeitpunkt des Abschlusses einer privaten Pflege-Pflichtversicherung,
- die bisherige Dauer des Versicherungsschutzes,
- der Versicherungsschutz des Ehepartners; bei Kindern: der Versicherungsschutz der Eltern.

Höchstbeiträge

Haben Sie Anspruch auf eine Beitragsbegrenzung, finden Sie die derzeit geltenden Höchstbeträge in der unten abgebildeten Tabelle. Ihr individueller Beitrag kann je nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand auch unter diesem Betrag liegen – dann wirkt sich die Begrenzung momentan nicht für Sie aus.

Die genannten Höchstbeiträge gelten ab 01. Januar 2011.

Versicherte mit Begrenzung auf den Höchstbeitrag

Nach einer Vorversicherungszeit von fünf Jahren in der privaten Krankenversicherung oder in der privaten Pflege-Pflichtversicherung erwerben Versicherte einen Anspruch auf Beitragsbegrenzung. Das heißt: Ihr Beitrag darf dann nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung.

Der Beitrag ist dann in der Tarifstufe PVN auf 100%, in der Tarifstufe PVB auf 40% des jeweils gültigen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

Ist der Versicherte bereits seit dem 1. Januar 1995 ununterbrochen privat pflegepflichtversichert, verzichtet die HALLESCHE darüber hinaus auf die Gesundheitsprüfung.

Ehe- oder Lebenspartner mit Anspruch auf den Ehegatten- bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag

Versicherte mit Anspruch auf den Ehegatten- bzw. Lebenspartnerhöchstbeitrag und ihre Ehe- bzw. Lebenspartner zahlen in der Tarifstufe PVN zusammen höchstens 150%, in der Tarifstufe PVB höchstens 60% des jeweils gültigen Höchstbeitrages zur sozialen Pflegeversicherung. Anspruch auf diese Vergünstigung besteht, wenn

- eine nach deutschem Recht gültige Ehe geschlossen wurde oder bei Lebenspartnern eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz besteht,
- beide Partner privat pflegepflichtversichert sind, wobei die Versicherungen nicht bei der gleichen Gesellschaft sein müssen,
- mindestens einer der Partner seit dem 1. Januar 1995 ununterbrochen privat pflegepflichtversichert ist und
- höchstens einer der Ehepartner ein regelmäßiges Einkommen über der jeweils geltenden Einkommensgrenze für die private PPV hat. Diese Grenze liegt für geringfügig Beschäftigte bei 400 € im Monat. Bei sonstigem Einkommen – beispielsweise Zinseinkünften – gilt dagegen bundesweit der Höchstbetrag von 365 € pro Monat.

Beitragsfreie Mitversicherung

Kinder können beitragsfrei pflegepflichtversichert sein. Hierfür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Mindestens ein Elternteil ist privat pflegepflichtversichert,
- das Kind ist nicht freiwilliges oder versicherungspflichtiges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. bei Berufstätigkeit),
- das Kind hat keinen Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse,
- das Kind ist nicht hauptberuflich erwerbstätig und
- das Kind verfügt über kein Einkommen, das regelmäßig die jeweils geltende Einkommensgrenze übersteigt. Diese Grenze liegt für geringfügig Beschäftigte bei 400 € im Monat. Bei sonstigem Einkommen – beispielsweise Zinseinkünften – gilt dagegen bundesweit der Höchstbetrag von 365 € pro Monat.

Die Beitragsfreiheit endet in der Regel mit der Volljährigkeit des Kindes – sie kann aber unter bestimmten Gegebenheiten verlängert werden:

- Bis zum 23. Lebensjahr, solange das Kind nicht erwerbstätig ist.
- Bis zum 25. Lebensjahr, solange das Kind sich in unentgeltlicher Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges ökologisches oder soziales Jahr ableistet.
- Über das 25. Lebensjahr hinaus für einen der Dauer des Wehr- oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum, sofern sich die Ausbildung dadurch verzögert hat und die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.
- Ohne Altersgrenze, wenn das Kind wegen einer Behinderung nicht für den eigenen Unterhalt sorgen kann und die Behinderung zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, zu dem das Kind bereits beitragsfrei versichert war.

Hinweis

Alle Veränderungen, die für die Beitragseinstufung maßgeblich sein könnten, sind unverzüglich der

HALLESCHE Krankenversicherung
70166 Stuttgart

mitzuteilen.

Dies gilt insbesondere für folgende Änderungen:

- Überschreiten der Einkommensgrenze von 400 € bzw. 365 € im Monat durch einen Ehe- oder eingetragenen Lebenspartner mit bisher keinem oder geringfügigem eigenen Einkommen.
- Bei Renten ist der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil maßgebend.
- Überschreiten der Einkommensgrenze von 400 € bzw. 365 € im Monat durch beitragsfrei mitversicherte Kinder.
Ausnahmen: Einkommen als Mitunternehmer aus landwirtschaftlicher Tätigkeit oder aufgrund einer gesetzlichen Dienstpflicht bleiben unberücksichtigt.
- Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen Erwerbstätigkeit mit einem Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden durch bisher beitragsfrei versicherte Kinder.
- Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung, des Wehr- oder Zivildienstes oder eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres bei bisher beitragsfrei mitversicherten Kindern.
- Aufgabe eines Studiums bei bisher im Studententarif versicherten Studenten/Studentinnen.
- Verlust oder Erwerb von Beihilfeansprüchen bzw. Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe durch den Versicherten oder durch mitversicherte Angehörige.
- Eintritt der Versicherungspflicht oder Familienversicherung der sozialen Pflegeversicherung oder Abschluss einer anderen privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange der Versicherte seiner Pflicht zur Meldung aller Veränderungen nicht nachkommt (§ 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung MB/PPV).

Höchstbeiträge ab 01. Januar 2011

Personengruppen	Tarifstufe PVN	Tarifstufe PVB
Versicherte ohne aktuellen Anspruch auf Beitragsbegrenzung	Der Beitrag richtet sich ausschließlich nach Alter und Gesundheitszustand bei Abschluss der privaten Pflege-Pflichtversicherung bei der HALLESCHE.	
Versicherte mit Anspruch auf Beitragsbegrenzung nach fünf Jahren Vorversicherungszeit	max. 72,40 €	max. 28,96 €
Ehepartner oder Lebenspartner mit Anspruch auf Begrenzung des Gesamtbeitrags zur PPV	für beide Partner zusammen max. 108,60 € pro Person also max. 54,30 €	für beide Partner zusammen max. 43,44 € pro Person also max. 21,72 €
Kinder mit beitragsfreier Versicherung in der PPV	beitragsfrei	beitragsfrei

Hinweis zu den Folgen der Nichtzahlung des Erstbeitrags in der Pflege-Pflichtversicherung

Der Versicherungsschutz in der privaten Pflege-Pflichtversicherung beginnt ggf. mit dem im Versicherungsschein bzw. in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags,
- nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und
- nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Bitte beachten Sie daher:

Wenn bei Eintritt des Versicherungsfalls der erste Beitrag noch nicht gezahlt ist, ist der Versicherer daher grds. nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Wesentliche Merkmale des Tarifs URZ

Versicherungsschutz für Auslandsreisen von bis zu 8 Wochen

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Reparaturen von Zahnersatz

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Unterkunft
- 100% Kostenerstattung für ärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Nicht versichert sind

- Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und Kieferorthopädie
- Psychotherapie
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung
- Hilfsmittel

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Zusatzversicherung nach Tarif URZ

Fassung Januar 2009

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende Dienstleistungen. Er gewährt bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, sowie die Bundesrepublik Deutschland.

3 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. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

5 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten 8 Wochen (vgl. hierzu § 7 Abs. 2).

6 Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen sofern gleichzeitig eine Aufnahme in einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- oder Pflegeversicherung erfolgt oder eine Versi-

cherung in mindestens einem dieser Tarife besteht. **Mit dem Ende der in Satz 1 genannten Versicherungen endet auch die Versicherung nach Tarif URZ.**

§ 2 Abschluss, Dauer und Art des Versicherungsvertrages

1 Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise geschlossen werden. Er kommt mit der Annahme des Antrags bzw. Angebots zustande.

Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller bzw. der Angebotsempfänger.

2 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

3 Die Versicherung nach Tarif URZ ist eine Krankenversicherung gegen festen Beitrag gemäß den Bestimmungen der Satzung des Versicherers.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

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

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz 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. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien. 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.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1 Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

2 Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

3 Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. nächsterreichbare geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

4 Erstattungsfähig sind

4.1 medizinisch notwendige Aufwendungen für

a) ärztliche Heilbehandlung.

b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Heilmittel gelten Bestrahlungen, Inhalationen und elektrophysikalische Maßnahmen.

c) schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz.

d) Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus.

e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

4.2

a) 100% der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktrans-

port in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

b) 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

c) 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

d) Für Leistungen nach § 4 Abs. 4.2 a) bis c) gilt die Begrenzung auf eine Reisedauer von 8 Wochen (siehe § 1 Abs. 5) nicht, sofern neben Tarif URZ eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der HALLESCHE Krankenversicherung besteht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1 Keine Leistungspflicht besteht für

1.1 Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an Unruhen verursacht werden, ferner durch aktive Teilnahme an Sportarten, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung außerhalb der gewöhnlichen Urlaubsgestaltung liegen, es sei denn, der Versicherer hat eine entsprechende Zusage vorab erteilt. Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von Satz 1 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne von Satz 1.

1.2 auf Vorsatz und Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

1.3 Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen sowie in deren Folge bei Fehl- oder Frühgeburt oder (ein nicht rechtswidriger) Schwangerschaftsabbruch notwendig ist.

1.4 Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und für Kieferorthopädie.

1.5 Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie.

1.6 Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für Pflegepersonal, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen sowie für Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (ausgenommen Unfalltransporte).

1.7 Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.

1.8 Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.

1.9 ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.

1.10 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

1.11 eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

1.12 Hilfsmittel.

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. Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrunde gelegt.

3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

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

5 Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Besteht Anspruch auf Leistungen gegen andere als den in § 5 (3) genannten Leistungsträgern, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schaden meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall zuerst der HALLESCHER Krankenversicherung aG, wird diese im

Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten. Ergänzend gilt § 12 dieser Versicherungsbedingungen.

6 Hat der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen bereits erhalten, so ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen. Der Versicherungsnehmer kann insgesamt keine Entschädigung verlangen, die den Gesamtschaden übersteigt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

2 Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Für andere Leistungen sind die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen Originale einbehalten werden.

3 Für die Erstattung von Überführungs- oder Bestattungskosten im Ausland ist neben den Kostenbelegen eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache oder eine amtliche Sterbekunde vorzulegen.

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

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

6 Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherungsnehmers gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet

1. mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für schwebende Versicherungsfälle. Erfordert eine Krankheit oder Unfallfolge wegen Reise- oder Transportunfähigkeit einen Auslandsaufenthalt über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus, so besteht Versicherungsschutz für diese Krankheit oder Unfallfolge weiter für längstens 4 Wochen bzw. bei Beendigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer für längstens 8 Wochen.
2. mit Ablauf einer ununterbrochenen Verweildauer von 8 Wochen im Ausland.

Tritt der Versicherungsfall während der ersten 8 Wochen ein und erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit. § 7 Abs. 1 bleibt hiervon unberührt.

§ 8 Beendigung des Versicherungsvertrages / des Versicherungsverhältnisses

1 Der Versicherungsvertrag endet außer durch Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Abs. 6 mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

2 Verlegt die versicherte Person nach Vertragsschluss ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. § 1 Abs. 6 bleibt davon unberührt.

Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 9 Beitragszahlung

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsraten als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

2 Die monatliche Beitragsrate beträgt je Person bis zum Ende des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, 1 €. Ab Beginn des nächsten Jahres beträgt sie 2 €.

§ 10 Obliegenheiten

1 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

3 Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden einzuholen.

4 Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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.

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.

Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht vorsätzlich auf, so wird der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er infolge dessen keinen Ersatz von Dritten verlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand

1 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.

2 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.

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.

4 § 15 Abs. 3 gilt nicht, sofern die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Vertragsschluss in die Schweiz erfolgt.

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die unter § 9 aufgeführten Versicherungsbeiträge können vom Versicherer geändert werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

2 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen, andernfalls tritt die Änderung in Kraft. Darauf wird auch in der Änderungsmitteilung hingewiesen.

Anhang – Auszug aus den Gesetzen

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) ¹Bestimmt 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. ²Im 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) ¹Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) ¹Der 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. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im 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 Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

(3) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.